

**„Psychosoziale Einflussfaktoren auf die körperliche
und psychische Gesundheit adipöser Patienten“**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät der
Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Johanna Bathke
geboren am 07.12.1984
in Jena

Gutachter:

1: Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Jena

2: Prof. Dr. med. Peter Joraschky, Dresden

3: PD Dr. med. habil. Wilgard Hunger-Battefeld, Jena

Tag der öffentlichen Verteidigung: 05. Juni 2012

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BEFO	Berner Bewältigungsformen
BFI-K	Big-Five-Inventory - Kurzform
BFPE	Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DMP	Disease-Management-Programme
ebd.	eben derselbe
FEE	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten
FEV	Fragebogen zum Essverhalten
FSozU-K14	Fragebogen zur sozialen Unterstützung - Kurzform
GSTel03	Telefonischer Gesundheitssurvey von 2003
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version
HQOL	Health-related quality of life
ICD	International Classification of Diseases
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	Koronare Herzkrankheit
M	Mittelwert
max	maximal
min	minimal
NVSI	Nationale Verzehrstudie
QUALI	Quality-adjusted life years
RS-13	Resilienzskala
SD	Standardabweichung
SES	Socioeconomic status
SF-12	Short Form Health Survey
Tab.	Tabelle
v.a.	vor allem
WHO	World Health Organization
WHR	Waist-to-hip-ratio
WHtR	Waist-to-height-ratio
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Einleitung	1
2.1	Adipositas	4
2.1.1	Definition und Klassifikation	4
2.1.2	Epidemiologie	5
2.1.3	Ursachen	6
2.1.4	Begleit- und Folgeerkrankungen	6
2.1.5	Strukturierte Adipositastherapie	9
2.1.6	Gesundheitsökonomische Aspekte	10
2.2	Psychosoziale Faktoren	11
2.2.1	Essverhalten	11
2.2.2	Bindung	12
2.2.3	Resilienz	15
2.2.4	Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen	17
2.2.5	Soziale Unterstützung	18
2.2.6	Krankheitsbewältigung	19
2.3	Adipositas im psychosozialen Kontext	21
3	Fragestellung und Hypothesen	26
4	Patienten und Methoden	29
4.1	Ablauf und Design der Studie	29
4.2	Messinstrumente	31
4.2.1	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten	31
4.2.2	Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen	32
4.2.3	Kurzversion der Resilienzskala	32
4.2.4	Kurzversion des Big-Five-Inventory	33
4.2.5	Fragebogen zum Essverhalten	33
4.2.6	Berner Bewältigungsformen	33
4.2.7	Fragebogen zur sozialen Unterstützung	34
4.2.8	Hospital Anxiety and Depression Scale	34
4.2.9	Fragebogen zum Gesundheitszustand	35
4.2.10	Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	35

4.3	Studienpopulation	36
4.3.1	Soziodemographische Merkmale	36
4.3.2	Somatische Aspekte der adipösen Patienten	37
4.3.3	Psychosoziale Aspekte der adipösen Patienten	39
4.4	Statistische Auswertung	44
5	Ergebnisse	45
5.1	Hypothese 1	45
5.2	Hypothese 2	48
5.3	Hypothese 3	54
5.4	Hypothese 4	58
5.5	Hypothese 5	64
5.6	Explorative Datenanalysen	68
6	Diskussion	72
6.1	Inhaltliche Diskussion	72
6.1.1	Hypothese 1	72
6.1.2	Hypothese 2	74
6.1.3	Hypothese 3	81
6.1.4	Hypothese 4	87
6.1.5	Hypothese 5	94
6.2	Methodische Diskussion	98
7	Schlussfolgerungen	100
	Literaturverzeichnis	102
8	Anhang	120
8.1	Gesamtregressionsmodelle	120
8.1.1	BMI / Adipositas als Zielvariable	120
8.1.2	Körperliche Gesundheit als Zielvariable	121
8.1.3	Psychische Gesundheit als Zielvariable	121
8.1.4	Depressivität als Zielvariable	122
8.1.5	Angst als Zielvariable	123
8.2	Einverständniserklärung	124
8.3	Fragebogen	125
8.4	Danksagung	143
8.5.	Tabellarischer Lebenslauf	144
8.6	Ehrenwörtliche Erklärung	145

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>WHO-Klassifikation der Adipositas anhand des BMI bei Erwachsenen</i>	4
Tabelle 2: <i>Adipositas-assoziierte Erkrankungen</i>	7
Tabelle 3: <i>Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms</i>	8
Tabelle 4: <i>Stufenschema der strukturierten Adipositastherapie</i>	10
Tabelle 5: <i>Charakterisierung der Bindungsmuster im Erwachsenenalter</i>	13
Tabelle 6: <i>Subfacetten der Persönlichkeitsfaktoren</i>	17
Tabelle 7: <i>Übersicht über die drei Bewältigungsgruppen</i>	20
Tabelle 8: <i>Ein- und Ausschlusskriterien der Studie</i>	29
Tabelle 9: <i>Übersicht über Rekrutierungsmodus und Fragebogenrücklauf</i>	30
Tabelle 10: <i>Überblick über die angewandten Messinstrumente</i>	31
Tabelle 11: <i>Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation</i>	36
Tabelle 12: <i>Body-Mass-Index (BMI)</i>	37
Tabelle 13: <i>Adipositas-spezifische Gesamtbelastung</i>	39
Tabelle 14: <i>Selbsteinschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit</i>	40
Tabelle 15: <i>Depressivität und Angst in der vorliegenden Studienpopulation</i>	40
Tabelle 16: <i>Deskriptive Merkmale der Skalen des FEE</i>	41
Tabelle 17: <i>Deskriptive Merkmale der Skalen des BFPE</i>	41
Tabelle 18: <i>Resilienz - deskriptive Merkmale</i>	42
Tabelle 19: <i>Deskription der Persönlichkeitsskalen des BFI</i>	43
Tabelle 20: <i>Deskription der Skalen zum Essverhalten</i>	43
Tabelle 21: <i>Wahrnehmung sozialer Unterstützung - deskriptive Merkmale</i>	43
Tabelle 22: <i>Krankheitsbewältigung - deskriptive Merkmale</i>	44
Tabelle 23: <i>Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des FEE und des BFPE</i>	45
Tabelle 24: <i>Statistische Häufigkeitsverteilung - Bindungsmuster in Abhängigkeit des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens</i>	46
Tabelle 25: <i>Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des FEE und der Resilienzskala</i>	46
Tabelle 26: <i>Resilienz in Abhängigkeit der erinnerten elterlichen Wärme</i>	47
Tabelle 27: <i>Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des BFPE und der Resilienzskala</i>	47
Tabelle 28: <i>ANOVA - Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit jeweils in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz</i>	48

Tabelle 29: <i>Korrelationsanalyse zwischen der Resilienzskala, den Skalen des FEE und BFPE und den Skalen des FEV</i>	50
Tabelle 30: <i>ANOVA – Essverhalten in Abhängigkeit vom Bindungsmuster</i>	51
Tabelle 31: <i>Korrelationsanalyse zwischen Persönlichkeitsfaktoren, Essverhalten und BMI</i>	52
Tabelle 32: <i>Korrelationsanalyse zwischen BMI und Gesamtbelastung und der körperlichen Summenskala des SF-12</i>	55
Tabelle 33: <i>Korrelationsanalyse zwischen Krankheitsbewältigung, Gesamtbelastung und Einschätzung der körperlichen Gesundheit</i>	56
Tabelle 34: <i>Korrelationsanalyse zwischen Sozialer Unterstützung, Krankheitsbewältigung, psychischer Gesundheit, Depressivität und Angst</i>	61
Tabelle 35: <i>Korrelation zwischen Sozialer Unterstützung und Bewältigung</i>	62
Tabelle 36: <i>Regression mit psychischer Gesundheit als abhängiger Variable</i>	62
Tabelle 37: <i>Korrelation zwischen Bewältigung, Sozialer Unterstützung, psychischer Gesundheit und BMI</i>	63
Tabelle 38: <i>Korrelationsanalyse zwischen Gesamtbelastung und psychischer Gesundheit</i>	63
Tabelle 39: <i>Korrelation zwischen den Skalen des FEE und des HADS-D</i>	64
Tabelle 40: <i>Korrelationsanalyse zwischen BMI, Gesamtbelastung, Bewältigung und Depressivität und Angst</i>	66
Tabelle 41: <i>Korrelationsanalyse der Studienvariablen mit Alter und SES</i>	70
Tabelle 42: <i>ANOVA - Studienvariablen in Abhängigkeit vom Geschlecht</i>	71
Tabelle 43: <i>Kreuztabelle - Studienvariablen in Abhängigkeit vom Geschlecht</i>	71
Tabelle 44: <i>Regressionsanalyse mit BMI als abhängiger Zielvariable</i>	119
Tabelle 45: <i>Regression mit Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung als abhängiger Zielvariable</i>	119
Tabelle 46: <i>Regression mit körperlicher Gesundheit als Zielvariable</i>	120
Tabelle 47: <i>Regression mit psychischer Gesundheit als Zielvariable</i>	120
Tabelle 48: <i>Regression mit Depressivität als abhängiger Zielvariable</i>	121
Tabelle 49: <i>Regression mit Angst als abhängiger Zielvariable</i>	122

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Hypothesenmodell</i>	26
Abbildung 2: <i>Verteilung der Adipositasgrade nach WHO</i>	37
Abbildung 3: <i>Folge- und Begleiterkrankungen im Rahmen der Adipositas</i>	38
Abbildung 4: <i>Anzahl der Folgeerkrankungen</i>	38
Abbildung 5: <i>Körperliche Beschwerden der adipösen Patienten</i>	38
Abbildung 6: <i>Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht</i>	39
Abbildung 7: <i>Zufriedenheit mit dem Bewegungsverhalten</i>	39
Abbildung 8: <i>Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen</i>	40
Abbildung 9: <i>Häufigkeitsverteilung von Depressivität und Angst</i>	41
Abbildung 10: <i>Bindungsmuster im Erwachsenenalter</i>	42
Abbildung 11: <i>Erwachsenenbindung "sicher" versus "unsicher"</i>	42
Abbildung 12: <i>Ausprägung der Resilienz in Abhängigkeit vom Bindungsmuster</i>	48
Abbildung 13: <i>Neurotizismus in Abhängigkeit von Bindungsmuster u. Resilienz</i>	49
Abbildung 14: <i>Gewissenhaftigkeit in Abhängigkeit von Bindung und Resilienz</i>	50
Abbildung 15: <i>Kognitive Kontrolle in Abhängigkeit von Gewissenhaftigkeit</i>	52
Abbildung 16: <i>BMI in Abhängigkeit der Ausprägung von Gewissenhaftigkeit</i>	53
Abbildung 17: <i>BMI in Abhängigkeit des Bindungsmusters</i>	53
Abbildung 18: <i>Verteilung der Adipositasgrade in Abhängigkeit der Resilienz</i>	54
Abbildung 19: <i>Adipositas-spezifische Gesamtbelastung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz</i>	55
Abbildung 20: <i>Körperliche Gesundheit in Abhängigkeit der Adipositasgrade</i>	56
Abbildung 21: <i>Körperliche Gesundheit in Abhängigkeit von Bindung und Bewältigung</i>	57
Abbildung 22: <i>Soziale Unterstützung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz</i>	58
Abbildung 23: <i>Bedrohungsmindernde Bewältigung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz</i>	59
Abbildung 24: <i>Bedrohungsfokussierte Bewältigung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz</i>	60
Abbildung 25: <i>Psychische Gesundheit in Abhängigkeit von Bindung und Resilienz</i>	61
Abbildung 26: <i>Depressivität und Angst in Abhängigkeit vom Bindungsmuster</i>	65
Abbildung 27: <i>Depressivität und Angst in Abhängigkeit der Resilienz</i>	65
Abbildung 28: <i>Depressivität in Abhängigkeit der Adipositasgrade nach WHO</i>	67
Abbildung 29: <i>Angst in Abhängigkeit der Adipositasgrade nach WHO</i>	67
Abbildung 30: <i>Ergebnismodell 1</i>	68
Abbildung 31: <i>Ergebnismodell 2</i>	69

1 Zusammenfassung

Adipositas entsteht durch das Zusammenwirken von genetischen Bedingungen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie psychischen, sozialen und Umweltfaktoren. In den letzten 30 Jahren ist ein enormer Prävalenzanstieg in den westlichen Industrienationen zu verzeichnen. Adipositas stellt somit sowohl in sozialmedizinischer als auch in gesundheitspolitischer Hinsicht eine der größten Herausforderungen der modernen Medizin dar. Mit ansteigendem Adipositasgrad kommt es zur Zunahme der körperlichen und psychischen Komorbidität sowie der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Zu den mit Adipositas assoziierten gesundheitlichen Risiken zählen vor allem kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen sowie orthopädische und psychosoziale Komplikationen. Die Erfolge einer strukturierten Adipositastherapie sind derzeit noch wenig zufriedenstellend. Deshalb sollte ein besseres Verständnis der psychosozialen Risikofaktoren, trotz zunehmendem Fokus auf genetische Ursachen, zur Optimierung von Präventions- und Therapieprogrammen beitragen.

Vor diesem wissenschaftlichen Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Fragestellung, inwiefern psychosoziale Faktoren Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit adipöser Patienten nehmen. Dabei wurde untersucht, wie Bindungsmuster, Resilienz, Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen, Essverhalten, Krankheitsbewältigung und die wahrgenommene soziale Unterstützung untereinander sowie mit der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und mit Depressivität und Angst in Zusammenhang stehen. In elf Jenaer Praxen der hausärztlichen Versorgung wurden psychosoziale und medizinische Parameter von 164 adipösen Patienten im Zeitraum von Juni 2008 bis Februar 2009 mit standardisierten Fragebögen erfasst. Die Operationalisierung der Adipositas erfolgte mithilfe des BMI, basierend auf Selbstangaben zu Größe und Gewicht.

Es wurde deutlich, dass Resilienz als Ausdruck psychischer Widerstandsfähigkeit vor allem mit der psychischen Gesundheit assoziiert ist, während ein sicheres Bindungsmuster als Basis einer angemessenen Emotions- und Stressregulation sowohl mit der psychischen als auch mit der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Zusammenhang steht. Zudem zeigte sich, dass sowohl eine unsichere Bindungsrepräsentanz als auch geringe Resilienz signifikant mit einer

maladaptiven Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen des Big Five und dysfunktionalen Essverhaltensmustern, verringerter Wahrnehmung sozialer Unterstützung sowie einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit assoziiert sind. Während eine unsichere Bindungsrepräsentanz lediglich für eine erhöhte Störbarkeit des Essverhaltens relevant erschien, war Resilienz signifikant positiv mit der kognitiven Kontrolle und negativ mit der Störbarkeit korreliert. Weiterhin war Resilienz signifikant positiv mit bedrohungsmindernder Krankheitsbewältigung assoziiert, während ein unsicheres Bindungsmuster für das Ausmaß bedrohungsfokussierter Bewältigung bedeutsamer erschien. Insgesamt zeigte sich, dass ein hoher BMI signifikant mit Bindungsunsicherheit, einer maladaptiven Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen des Big Five und dysfunktionalen Essverhaltensmustern, maladaptiven Bewältigungsstrategien sowie mit beeinträchtigter körperlicher Gesundheit und erhöhter Depressivität und Angst assoziiert ist. Bei der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung ergab sich zusätzlich eine signifikant negative Assoziation mit der Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass zahlreiche psychische und soziale Faktoren sowie psychobiologische Mechanismen für die Entstehung, Ausprägung und Aufrechterhaltung der Adipositas eine Rolle spielen. Vor allem die Bewältigungsstrategien stehen in einem starken Zusammenhang mit der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie mit Depressivität und Angst der adipösen Patienten. Die erhöhten relativen Häufigkeiten auffälliger Angst- und Depressionswerte im HADS-D sowie die vergleichsweise starke Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Gesundheit verweisen auf den Therapiebedarf der Adipositas. Innerhalb der hausärztlichen Versorgung sollten die individuellen Bedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas beitragen, sowie entsprechende Komorbiditäten mithilfe ökonomischer Screeninginstrumente differenzierter erfasst werden, um die Patienten an spezialisierte Zentren zu vermitteln. Dies würde eine individuelle fachspezifische Diagnostik und Therapie gewährleisten und trüge zum Abbau sozialer Stigmatisierung bei. Die vorliegende Untersuchung betont die Notwendigkeit der Kombination internistischer und psychiatrisch-psychosomatischer Behandlungsansätze, bestärkt die Bedeutung der psycho- bzw. verhaltenstherapeutischen Komponente innerhalb der Adipositasbehandlung sowie die Förderung der Adipositas-Prävention bereits im Kindesalter.

2 Einleitung

Adipositas stellt sowohl in sozialmedizinischer als auch in gesundheitspolitischer Hinsicht eine enorme Herausforderung für die Gesundheitssysteme in den westlichen Industrienationen dar (Hebebrand et al. 2004, Oberender & Zerth 2006). In den USA gehen durch Adipositas mittlerweile mehr gesunde Lebensjahre (Quality-adjusted life years) verloren als durch Rauchen (Jia & Lubetkin 2010). In vielen europäischen Ländern hat sich die Adipositasprävalenz seit den 1980er Jahren mindestens verdreifacht (WHO 2005). Im Jahr 2005 lagen die Prävalenzraten von Adipositas in Europa zwischen 5% - 20% bei Männern und bei bis zu 30% bei Frauen. Deutschland belegte im europäischen Vergleich sogar den alarmierenden ersten Platz (De Zwaan & Herpertz 2007, Lampert 2007). Dabei wird die Bedeutung eines niedrigen sozioökonomischen Status als Risikofaktor für die Entwicklung der Adipositas in diversen internationalen Studien bestätigt (Eurostat 2003, Ball & Crawford 2005, Mackenbach et al. 2008, McLaren et al. 2009). Unabhängig von den Problemen in der Gesundheitsversorgung hinsichtlich zunehmender Versorgungsengpässe und den ganz individuellen Auswirkungen auf die physische und psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität ergibt sich mit der zunehmenden Adipositasprävalenz ein enormes ökonomisches Problem (Oberender & Zerth 2006, Hauner et al. 2007). Die Gesundheitssysteme werden v.a. durch die vielfältigen Adipositas-assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen sowie durch das erhöhte Invaliditäts- und Mortalitätsrisiko jährlich mit Kosten in Milliardenhöhe belastet (Finkelstein et al. 2009, Lehrke & Laessle 2009, Neovius et al. 2010). Diverse nationale und internationale Leitlinien sowie das Europaparlament sprachen sich mehrheitlich dafür aus, Adipositas nicht nur als Risikofaktor für schwerwiegende Folgeerkrankungen sondern als chronische Krankheit anzuerkennen (Kossmann et al. 2006, De Zwaan & Herpertz 2007). Durch die Aufnahme der Adipositas in das Diagnosesystem der International Classification of Diseases (ICD) sowie deren Integration in vorhandene Disease-Management-Programme (DMP) wurde dieser Forderung bereits Rechnung getragen (IQWiG 2009, Wirth 2006). Zukünftig sollte ein besseres Verständnis der pathophysiologischen, zentralen und peripheren Mechanismen sowie der psychosozialen Risikofaktoren die Entstigmatisierung der Adipositas fördern und zur Optimierung von Präventions- und Therapieprogrammen beitragen.

2.1 Adipositas

2.1.1 Definition und Klassifikation

Adipositas ist durch eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper gekennzeichnet. Dieser Anteil der Fettmasse am Körpergewicht übersteigt bei Frauen 30% und bei Männern 20%. Der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) hat sich zur Ermittlung eines zu hohen Körpergewichtes etabliert und ist definiert als Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat ($\text{BMI} = \text{kg/m}^2$). Anhand der WHO-Klassifikation des Körpergewichtes mittels BMI lässt sich Normalgewicht von Übergewicht und Adipositas abgrenzen, wobei Übergewicht ab einem BMI von $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ und Adipositas ab einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ vorliegt. Hierbei hat sich die Differenzierung in drei Adipositasgrade hinsichtlich des steigenden gesundheitlichen Risikos als sinnvoll erwiesen (WHO 2000, vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: WHO-Klassifikation der Adipositas anhand des BMI bei Erwachsenen

Kategorie	BMI (kg/m^2)	Risiko für Begleiterkrankungen
Präadipositas	25,00 – 29,99	gering erhöht
Adipositas Grad I	30,00 – 34,99	erhöht
Adipositas Grad II	35,00 – 39,99	hoch
Adipositas Grad III	$\geq 40,00$	sehr hoch

Der Body-Mass-Index (BMI) gilt allein nicht als ausreichend guter Indikator zur Einschätzung des metabolischen und kardiovaskulären Risikos, weshalb die zusätzliche Ermittlung des Taillenumfangs und des Verhältnisses zwischen Taillen- und Hüftumfang (engl. Waist-to-hip ratio, WHR) zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots und damit des Ausmaßes der sogenannten abdominalen Adipositas nötig ist. Nach Lenz et al. (2009) weisen Männer bei einem Taillenumfang $> 102\text{cm}$ und einem WHR > 1 ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen auf, Frauen bei einem Taillenumfang $> 88\text{cm}$ sowie einem WHR $> 0,85$. Laut einer aktuellen Studie von Schneider et al. (2010) wird das Verhältnis zwischen Taillenumfang und Körpergröße (engl. Waist-to-height ratio, WHtR) als bester Prädiktor für kardiovaskuläres Risiko und Mortalität vorgeschlagen, gefolgt von Taillenumfang und WHR.

Inwiefern der BMI als Bestimmungsmaß des Übergewichtes für ältere Personen (über 65 Jahre) geeignet ist, wird in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen diskutiert. Einige Studien weisen darauf hin, dass ein hoher BMI bei älteren und morbidan Personen (z.B. mit Herzinsuffizienz) mit einer niedrigeren Mortalität verbunden ist (Curtis et al. 2005, Evangelista & Miller 2006, Janssen & Mark 2007). Laut Flegal et al. (2005) ist ein BMI zwischen 27 und 35 kg/m² im Alter über 70 Jahre mit der geringsten Mortalität assoziiert.

2.1.2 Epidemiologie

Die Adipositas hat mittlerweile auch in Deutschland epidemische Ausmaße angenommen (vgl. Hebebrand et al. 2004). Eine Analyse deutscher Erhebungen konnte einen kontinuierlichen Prävalenzanstieg der Adipositas im Zeitraum von 1985 bis 2002 verzeichnen. Danach nahm die Adipositas-Prävalenz in Deutschland bei Männern um relative 39% und bei Frauen um 44% zu (Helmert und Strube 2004). Repräsentative Umfragen an der deutschen Bevölkerung von 2003 und 2006 (GSTel03, NVS II) ermittelten Adipositasprävalenzen zwischen 17,3% - 20,5% bei Männern und 19,7 % - 21,2% bei Frauen (Hauner et al. 2008). Zudem konnte innerhalb der hausärztlichen Versorgung in Deutschland für das Jahr 2005 eine durchschnittliche Adipositas-Prävalenz von 22,8% nachgewiesen werden, wobei diese stark nach Bundesland variierte (19,8% in Bremen, 28,3 % in Sachsen-Anhalt) (ebd.). Die Prävalenz der Adipositas variiert neben Alter, Geschlecht und Region v.a. nach dem Sozialstatus (Mensink et al. 2005). Sowohl die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys von 2003 (Kohler & Ziese 2004) als auch die der Nationalen Verzehrsstudie II von 2006 verdeutlichen für Deutschland, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer erhöhten Adipositasprävalenz assoziiert ist. Dieser Richtungszusammenhang konnte durch einige Studien an deutschen Populationen bestätigt werden (Hach et al. 2006, Prugger & Keil 2007). Vor allem für Frauen scheint der Einfluss sozialer Unterschiede auf die Prävalenz der Adipositas größer zu sein (Vernay et al. 2006, McLaren et al. 2009). Demnach wiesen Frauen mit Hauptschulabschluss vier Mal häufiger eine Adipositas auf, als Frauen mit Abitur oder vergleichbarem Schulabschluss (Mensink et al. 2005).

2.1.3 Ursachen

Nach Dierk et al. (2006) handelt es sich bei der Adipositas um eine komplexe, multifaktoriell bedingte Störung, die durch das Zusammenspiel verschiedener biologischer Faktoren und Umwelteinflüsse entsteht. Benecke und Vogel (2005) weisen vor allem auf das Zusammenwirken genetischer Bedingungen, zentraler Steuerungsmechanismen im Gehirn, Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie psychischer, sozialer und Umweltfaktoren hin (vgl. Lehrke & Laessle 2003). Obwohl sich aus Zwillings- und Familienstudien eine Erblichkeit des Körpergewichtes bzw. des BMI zwischen 30% und 70% ergibt (Hebebrand et al. 2001), sollte der modifizierende Einfluss psychischer, sozialer und umweltbezogener Faktoren nicht unterschätzt werden. Die World Health Organization (WHO 2005) sieht ungesunde Ernährung mit anhaltend positiver Energiebilanz und Bewegungsmangel, einhergehend mit reduzierter Energieabgabe, als die Hauptursachen für Adipositas an und schreibt die Problematik damit dem modernen westlichen Lebensstil zu. Eine Adipositas kann auch sekundär im Rahmen angeborener, genetischer Syndrome (z.B. Prader-Willi-Syndrom) und endokriner Erkrankungen (Hypothyreose, Cushing-Syndrom) sowie medikamentöser Nebenwirkungen (z.B. Antidepressiva, Glukokortikoide) auftreten.

2.1.4 Begleit- und Folgeerkrankungen

Adipositas ist mit vielfältigen Begleit- und Folgeerkrankungen assoziiert. Hierzu zählen vor allem die arterielle Hypertonie, Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen (Hyper- und Dyslipidämie), koronare Herzkrankheit, ischämischer Schlaganfall, onkologische Erkrankungen sowie orthopädische und psychosoziale Komplikationen (Benecke & Vogel 2005, Haslam & James 2005, WHO 2005). Laut Bogers et al. (2007) ist das Risiko für eine koronare Herzkrankheit bei Adipositas um etwa 50% erhöht. Ab einem BMI $\geq 29,4 \text{ kg/m}^2$ steigt das Diabetes-Risiko um etwa 300% (Hartemink et al. 2006, Meisinger et al. 2006). Hinsichtlich möglicher Zusammenhänge zwischen steigendem BMI und dem Auftreten verschiedener Krebserkrankungen gibt es derzeit keine einheitlichen Daten. Laut Renehan et al. (2008) sind je nach Krebsart niedrigere, gleiche oder höhere BMI-assoziierte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken zu verzeichnen. Insgesamt scheint zwischen Adipositas und Gesamtkrebsmortalität kein eindeutiger Zusammenhang zu bestehen (McGee 2005).

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die wichtigsten Begleit- und Folgeerkrankungen entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) von 2007.

Tabelle 2: *Adipositas-assoziierte Erkrankungen (modifiziert nach Hauner et al. 2007)*

Kardiovaskuläre Komplikationen: <i>Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz, linksventrikuläre Hypertrophie</i>
Pulmonale Komplikationen: <i>Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom, Dyspnoe, Restriktive Ventilationsstörungen</i>
Gastrointestinale Komplikationen: <i>Cholezystolithiasis, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Fettleber</i>
Orthopädische Komplikationen: <i>Degenerative Gelenkerkrankungen (v.a. Coxarthrose und Gonarthrose), BWS-, LWS-Syndrome, Osteoarthritis, Überlastungsfrakturen</i>
Onkologisches Risiko: <i>z.B. Karzinome von Kolon, Ösophagus, Niere, Mamma und Endometrium</i>
Psychosoziale Folgen: <i>Verminderte Lebensqualität, Depressivität und Ängstlichkeit, Soziale Diskriminierung und Isolierung, Selbstwertminderung</i>

Eine wesentliche Bedeutung kommt dem metabolischen Syndrom zu, das als Cluster von kardiovaskulären Risikofaktoren eine besondere Bedrohung für die Gesundheit von Personen mit Adipositas darstellt (Wirth et al. 2006). Nach der neuen Konsensus-Definition der „International Diabetes Federation“ liegt ein metabolisches Syndrom vor, wenn mindestens drei von fünf Diagnosekriterien erfüllt sind (vgl. Tabelle 3). Der Bauchumfang, als Maß des viszeralen Fettgewebes, wurde dabei als zentraler Faktor identifiziert. Hierbei sind populations- und landesspezifische Unterschiede hinsichtlich des Kriteriums einer abdominalen Adipositas zu beachten. Für europäische Männer wurde das Kriterium eines erhöhten und damit risikobehafteten Taillenumfangs von zuvor 102 cm auf 94 cm herunterkorrigiert (Alberti et al. 2009).

Tabelle 3: Kriterien für die Diagnose des Metabolischen Syndroms (Alberti et al. 2009)

Erhöhter Taillenumfang	z.B. ≥ 94 cm für europäische Männer
Erhöhte Triglyzeride (nüchtern)	≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l) <u>oder</u> Medikamenteneinnahme zur Behandlung
Niedriges HDL-Cholesterin (nüchtern)	Männer < 40 mg/dl (1,0 mmol/l) Frauen < 50 mg/dl (1,3 mmol/l) <u>oder</u> Medikamenteneinnahme zur Behandlung
Bluthochdruck	≥ 130 mm Hg systolischer Blutdruck <u>und/oder</u> ≥ 85 mm Hg diastolischer Blutdruck <u>oder</u> Medikamenteneinnahme zur Behandlung
Erhöhte Nüchternblutglukose	≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/L) <u>oder</u> bestehender Diabetes mellitus Typ 2

Nach Lenz et al. (2009) haben Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft und Sozialstatus einen wesentlichen Einfluss auf das Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko adipöser Patienten. Insgesamt ist von einem deutlichen Anstieg des Mortalitätsrisikos ab einem BMI über 30 kg/m^2 auszugehen, wobei insbesondere kardiovaskuläre Erkrankungen ursächlich sind (Benecke & Vogel 2005, Lehrke & Laessle 2009). In einer 2009 veröffentlichten Analyse von 57 prospektiven Studien wurden die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs von BMI und Ursachenspezifischer Mortalität bei 900.000 Erwachsenen dargestellt. Dabei zeigte sich, dass jede Zunahme des BMI um 5 kg/m^2 durchschnittlich mit einer über 30% höheren Gesamtsterblichkeit assoziiert war, wovon etwa 40% auf die kardiovaskuläre Mortalität entfielen. Liegt ein BMI von $30\text{-}35 \text{ kg/m}^2$ vor, so ist die mediane Überlebenszeit um 2-4 Jahre reduziert, bei einem BMI von $40\text{-}45 \text{ kg/m}^2$ um 8-10 Jahre (Whitlock et al. 2009). Ähnlich zeigte sich für Adipositas in der systematischen Übersichtsarbeit von Lenz et al. (2009) eine um etwa 20% erhöhte Gesamtmortalität im Vergleich zu Normalgewichtigen. Laut Bender et al. (2006) ergibt sich v.a. bei hochgradiger Adipositas ($\text{BMI} > 36 \text{ kg/m}^2$) für Frauen und Männer in Deutschland ein 1,3- bis 3-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zur Referenzpopulation (Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen). Laut WHO (2005) liegt die Sterblichkeitsrate infolge der mit Adipositas assoziierten Herz-Kreislauferkrankungen in der Arbeiterschicht sowie in bildungsfernen Schichten 1,5 Mal höher als in der übrigen Bevölkerung.

Neben den multiplen physischen Beeinträchtigungen sind die psychischen Folgen der Adipositas in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzen. Diverse internationale Studien zeigen, dass ein ansteigendes Gewicht bzw. ein hoher BMI mit einem höheren Risiko für psychische Störungen, wie z.B. Depression und Angststörungen, assoziiert ist (Roberts et al. 2003, Simon et al. 2006, Farmer et al. 2008, Petry et al. 2008). Einige Autoren wiesen diese Assoziation jedoch nur bei Frauen nach (Carpenter et al. 2000, Stunkard et al. 2003, Andreyeva et al. 2007). Insbesondere die morbid Adipositas Grad 3 ist im Vergleich zu Adipositas Grad 1 und 2 mit einer höheren Prävalenz psychischer Störungen assoziiert (Wadden et al. 2006, Castress et al. 2010). Laut Benecke und Vogel (2005) ist die Prävalenz von Angststörungen und Depression bei einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ doppelt so hoch wie bei Normalgewichtigen. Repräsentativerhebungen an der deutschen Allgemeinbevölkerung lieferten hinsichtlich der Komorbidität Adipöser jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Während Hach et al. (2006) sowie andere internationale Studien (Lamertz et al. 2002, John et al. 2005, Lawlor et al. 2007) keinen Zusammenhang zwischen Adipositas und psychischen Störungen fanden, wiesen Baumeister und Härter (2007) erhöhte Prävalenzraten für affektive, Angst- und somatoforme Störungen nach (vgl. Wiltink et al. 2007). In einer britischen prospektiven Kohortenstudie (BMJ 2009) konnte eine direkte Assoziation zwischen psychischen Erkrankungen und einem zukünftigen Adipositas-Risiko gefunden werden, wogegen sich der umgekehrte Zusammenhang nicht eindeutig nachweisen ließ. Ähnlich einer Dosis-Wirkungs-Beziehung erhöhte sich das zukünftige Adipositas-Risiko kumulativ mit der Anzahl der depressiven Episoden bzw. der zunehmenden Chronizität der psychischen Störung.

2.1.5 Strukturierte Adipositas therapie

Zu Beginn einer qualitätsgesicherten Adipositas therapie sollte eine umfassende Anamnese und internistische Basisdiagnostik erfolgen, um die individuellen Probleme, Motivationen und Therapieziele zu erfassen sowie eventuelle sekundäre Ursachen der Adipositas auszuschließen (Siewert & Purucker 2006). Entsprechend der Leitlinie der deutschen Adipositas-Gesellschaft besteht eine Therapieindikation bei einem BMI von $> 30 \text{ kg/m}^2$ sowie bei Übergewicht (BMI $25\text{--}29,9 \text{ kg/m}^2$) mit bereits bestehenden Begleiterkrankungen (Hypertonie, Typ 2-Diabetes), einem abdominellen Fettverteilungsmuster oder hohem psychosozialen

Leidensdruck (Hauner et al. 2007). Die nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick zur strukturierten Adipositas-Therapie nach den evidenzbasierten Leitlinien der deutschen Adipositas – Gesellschaft von 2007.

Tabelle 4: *Stufenschema der strukturierten Adipositastherapie (Hauner et al. 2007)*

1. Kombinierte Basistherapie Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie
2. ggf. adjuvante medikamentöse Therapie (Sibutramin, Orlistat, Rimonabant)
3. ggf. chirurgische Therapie ab BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, nach Scheitern der konservativen Therapie
4. Langfristige Betreuung zur Gewichtsstabilisierung

Insgesamt sind die Langzeiterfolge der Adipositastherapie noch wenig zufriedenstellend. Laut De Zwaan und Herpertz (2007) sind nur etwa 15 % aller Menschen mit Adipositas Grad 1 und 2 in der Lage, über mehr als 5 Jahre das reduzierte Körpergewicht zu halten (vgl. Wing & Phelan 2005, Becker et al. 2007). Zudem werden Therapiemaßnahmen für Adipöse nur unzureichend erstattet, da die Adipositas bisher nach dem deutschen Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht offiziell als Krankheit anerkannt ist (Siewert & Purucker 2006).

2.1.6 Gesundheitsökonomische Aspekte

Adipositas verursacht durch diagnostische, therapeutische, präventive und rehabilitative Maßnahmen direkte Kosten für das Gesundheitssystem. Indirekte Kosten sind auf Arbeitsunfähigkeit, vorzeitige Berentung und vorzeitigen Tod zurückzuführen. Wirth (2003) überträgt Schätzungen und Berechnungen amerikanischer Studien auf Deutschland und geht von adipositasbedingten Kosten von ca. 18 Mrd. Euro jährlich und damit 6% der Gesundheitskosten aus. Diese Kostendimension deckt sich mit internationalen Studien zu Gesundheitskosten der Adipositas, wonach schätzungsweise 6-7% der Ausgaben der Gesundheitssysteme der EU auf Krankheiten zurückgehen, bei denen Übergewicht und Adipositas ätiologisch Einfluss nehmen (KOM 2005, De Zwaan & Herpertz 2007). Eine aktuellere Kostenschätzung für das deutsche Gesundheitssystem ermittelt für Adipositas jährliche Ausgaben von rund 13 Milliarden Euro, wobei knapp 87% der

Gesamtkosten auf die direkten und ca. 13% auf die indirekten Kosten entfallen. Hinsichtlich der direkten Kosten dominieren die Folgekosten für Diabetes mellitus, gefolgt von Kosten für Herz- und Gefäßerkrankungen und Arthrose (Knoll & Hauner 2008). Vor allem Personen mit starker Adipositas Grad 3 verursachen im Mittel höhere direkte medizinische Kosten für das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich zu Personen mit Über- und Normalgewicht (von Lengerke et al. 2006). Die erhebliche Komorbidität der Adipositas und die damit häufig einhergehende beeinträchtigte Lebensqualität führen nicht selten zu krankheitsbedingten Arbeitsausfällen und vorzeitiger Berentung, deren häufigste Ursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen am Bewegungsapparat darstellen (Wirth 2006). Von Lengerke et al. (2005) konnten zeigen, dass Adipositas Grad 2 und 3 im Vergleich zu Adipositas Grad 1 und Personen mit Normalgewicht mit höherer Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung assoziiert sind. Für Adipöse mit zusätzlicher psychischer Komorbidität ist ein Anstieg der Anzahl von Arztbesuchen, Krankheitstagen und stationären Krankenhausaufenthalten zu verzeichnen (Baumeister & Härter 2007).

2.2 Psychosoziale Einflussfaktoren

2.2.1 Essverhalten

Das menschliche Essverhalten wird durch die Wechselwirkung von evolutionsbiologischen Programmen und aktuellen Umweltbedingungen bestimmt sowie v.a. durch erfahrungsbedingte Gewohnheiten geprägt. Damit kommt der Erziehung eine entscheidende Bedeutung bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Essbedürfnisse zu (Pudel 2007). Innerhalb der ernährungspsychologischen Forschung konnten die kognitive Kontrolle und die Störbarkeit als wesentliche Faktoren des menschlichen Essverhaltens identifiziert werden.

Die kognitive Kontrolle ist mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion oder der Vermeidung einer Gewichtszunahme auf eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme ausgerichtet. Hunger, Appetenz und Sättigung werden bewusst übersteuert. Kalorienzählen, die Vermeidung bestimmter Lebensmittel oder das bewusste Beenden einer Mahlzeit, obwohl noch keine ausreichende Sättigung verspürt wird, gehören u.a. zu den charakteristischen Kontrollstrategien (Pudel & Westenhöfer 1989). Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens kann sich in einer rigiden und einer flexiblen Variante zeigen. Die rigide Verhaltenskontrolle beinhaltet

unrealistische „Alles-oder-nichts-Vorsätze“ und ist anfällig für „Verletzungen“ und daraus resultierende Gegenregulationen (Pudel 2007). Dazu zählen z.B. plötzlicher Süßhunger, Heißhunger, stressbedingtes Essen oder Essen bei Langeweile. Die rigide Form der kognitiven Kontrolle wird mit Essanfällen im Rahmen klinischer Essstörungen in Verbindung gebracht (Pudel & Westenhöfer 1989). Flexible Kontrolle bezieht sich hingegen auf realistische und zum Teil zeitlich begrenzte Modifikationen des Essverhaltens und wird zumeist bei normalgewichtigen Personen angetroffen (Pudel 2007).

Die Störbarkeit des Essverhaltens erfasst, inwiefern Personen bei der Nahrungsaufnahme durch situative Außenreize (Geruch oder Anblick von Speisen, Essen in Gesellschaft) oder emotionale Befindlichkeiten (Einsamkeit, Kummer, Angst) beeinflusst werden. Bei Personen mit hoher kognitiver Kontrolle erfasst eine zugleich bestehende hohe Störbarkeit des Essverhaltens die Enthemmung dieser ausgeübten Kontrolle (disinhibition of control) und damit den dysfunktionalen Gegenregulationszustand. Wird eine hohe Störbarkeit in Kombination mit geringer kognitiver Kontrolle vorgefunden, werden spezifische Essbedürfnisse und -motivationen erfasst (Pudel und Westenhöfer 1989). Eine erhöhte Störbarkeit des Essverhaltens ist mit einer größeren Nahrungsaufnahme und bei fehlender kognitiver Kontrolle mit einem höheren Körpergewicht sowie einer erschwerten Gewichtsreduktion assoziiert.

2.2.2 Bindung

Die klassische Bindungstheorie nach Bowlby fokussiert die Beziehungserfahrungen des Kindes, deren Beeinflussung späterer Beziehungen sowie deren Konsequenz für die Persönlichkeitsentwicklung und die seelische Gesundheit. Durch retrospektive Erfassung des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens können subjektive Repräsentanzen früher, erziehungsbezogener Interaktionserfahrungen in der Eltern-Kind-Beziehung bei Erwachsenen erfasst werden (Schumacher et al. 1999). Diese „frühen Bindungserfahrungen“ sind geprägt durch ein unterschiedliches Ausmaß an erinnelter emotionaler Wärme, Kontrolle und Überbehütung sowie Ablehnung und Strafe seitens der Eltern und stehen ganz wesentlich mit den Bindungsmustern im Erwachsenenalter im Zusammenhang. Ein positiv erlebtes elterliches Erziehungsverhalten mit einem hohen Ausmaß an erinnelter emotionaler Wärme ist mit sicheren Bindungsmustern im Erwachsenenalter assoziiert (Schumacher et al. 2004). Declercq und Palmans (2006) fanden

einen Zusammenhang zwischen dem erinnerten Mangel an elterlicher Fürsorge und eher unsicheren Erwachsenenbindungsmustern.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Bindungsskalen von Höger und Buschkämper (2002) zur Operationalisierung der Bindungsmuster bei Erwachsenen verwendet. Das ursprüngliche Konzept der drei klassischen Bindungsmuster „sicher“, „vermeidend“ und „ambivalent“ von Ainsworth et al. (1978) stellte die theoretische Grundlage dar. Die Bindungsrepräsentanzen im Erwachsenenalter werden „im Sinne qualitativ definierter Muster des Verhaltens und Erlebens in bindungsrelevanten Situationen“ erfasst (Höger et al. 2008). Dabei erfolgt die Gruppierung zu den Bindungsmustern anhand individueller Werte auf den drei Skalen Akzeptanzprobleme (erwartete Ablehnung seitens des Partners), Öffnungsbereitschaft (Erwartung, sich seinem Partner leicht öffnen zu können) und Zuwendungsbedürfnis (Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Zuwendung des Partners). Insgesamt werden fünf Bindungsmuster differenziert, deren Charakterisierung der nachfolgenden Tabelle 5 zu entnehmen ist.

Tabelle 5: *Charakterisierung der Bindungsmuster im Erwachsenenalter*

Bindungsmuster	Charakterisierung	Skalen-Werte
Sicher	Vertrauen auf Zuwendung und Hilfe	Ö↑ - Z↑ - A↓
Bedingt sicher	Wahrung der inneren Stabilität durch ein relatives Optimum an Zuwendung	Ö↑ - Z↓ - A↓
Vermeidend-verschlossen	Minimiertes /unterdrücktes Bindungsverhalten: <i>Demonstration von Selbständigkeit, Vermeiden des Erlebens von Kummer, Not, Hilfebedürftigkeit</i>	Ö↓ - Z↓
Ambivalent-anklammernd	Heftiges Bindungsverhalten:	Ö↑ - Z↑ - A↑
Ambivalent-verschlossen	<i>Ständige Unsicherheit Verlassenheitsangst, Misstrauen, Gefühl der eigenen Wertlosigkeit</i>	Ö↓↓ - Z↑ - A↑↑

Ö = Öffnungsbereitschaft; Z = Zuwendungsbedürfnis; A = Akzeptanzprobleme; ↑ erhöht; ↓erniedrigt

Durch Vereinigung der Bindungsmuster „sicher“ und „bedingt sicher“ ergibt sich die klassische Bindungskategorie „sicher“ nach Ainsworth (Kirchmann & Strauß 2008).

In Untersuchungen mit Kindern wurden jene als resilient identifiziert, bei denen wenigstens eine intakte Bindung (healthy attachment) zu einer wichtigen Bezugsperson beständig vorhanden war (Luthar et al. 2000). Simeon et al. (2007) wiesen eine signifikant positive Korrelation zwischen einem sicheren Erwachsenenbindungsmuster und hoher Resilienzausprägung nach. Zahlreiche Studien betonen, dass Bindungserfahrungen eine nicht unwesentliche Rolle in der Entwicklung der Persönlichkeit spielen. Personen, die über geringe elterliche Fürsorge (parental care) und Einschränkung ihres Autonomiebedürfnisses (denial of psychological autonomy) berichten, wiesen z.B. höhere Ausprägungen des Persönlichkeitsfaktors Neurotizismus auf (Reti et al. 2002). Andere Untersuchungen konnten zeigen, dass unsichere Bindungsmuster im Erwachsenenalter mit Neurotizismus positiv und mit Extraversion negativ assoziiert sind (Backstrom & Holmes 2001, Noyes et al. 2003, Picardi et al. 2005, Eggert et al. 2007).

Laut Schmidt und Strauß (2002) beinhaltet ein sicheres Arbeitsmodell von Bindung flexible und realistisch-optimistische Bewertungen und eine angemessene Qualität der Emotionen und deren Regulation. Im Falle der Einwirkung von Stressoren, z.B. im Krankheitsfall, kann eine flexible und angemessene Handlungsaktivierung bzw. Bewältigung erfolgen. Laut Declercq und Palmans (2006) neigen Personen mit sicherem Bindungsmuster zu konstruktiver und adaptiver Bewältigung. Kidd und Sheffield (2005) konnten nachweisen, dass sicher gebundene Individuen signifikant mehr soziale Unterstützung wahrnehmen, im Vergleich zu denen mit eher unsicherem Bindungsmuster. Laut Declercq und Palmans (2006) nehmen sicher gebundene Personen soziale Unterstützung als „optimal“ wahr, während Personen mit eher unsicherem Bindungsmuster über einen Mangel oder ein Fehlen („lack“) sozialer Unterstützung berichten. Sie schlussfolgern, dass der Grad an wahrgenommener sozialer Unterstützung sowohl von der erinnerten elterlichen Feinfühligkeit („sensitivity“) als auch vom aktuellen Bindungstyp abhängt.

Das Bindungssystem wird in bestimmten „Gefahrensituationen“, z.B. im Krankheitsfall oder bei drohender Trennung, aktiviert (Schmidt & Strauß 2002). Es zeigte sich, dass Personen mit unsicheren Bindungsmustern (v.a. ambivalent) im Krankheitsfall vermehrt über subjektiv empfundene Symptome klagen, sogar wenn der Nachweis einer objektiven Erkrankung fehlt (Ciechanowski et al. 2002, Wearden et al. 2003, 2005, Armitage & Harris 2006). Dieses Phänomen wurde mit

der verstärkten Fokussierung auf negative Affekte erklärt. Laut Kidd und Sheffield (2005) ist ein sicheres Bindungsmuster mit der verringerten Wahrnehmung sowohl somatischer als auch depressiver Symptome verbunden. Während Patienten mit unsicherem Bindungsmuster eher zu depressiven Erwartungen und Gedanken neigen oder eine höhere Anzahl depressiver Episoden aufweisen (Bifulco et al. 2002, Beatson & Taryan 2003, Conradi & De Jonge 2009, Liu et al. 2009). Waldinger et al. (2006) sehen einen positiven Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsmustern und einer erhöhten Somatisierungstendenz. Bifulco et al. (2002, 2006) sowie Scheidt und Waller (2005) konnten in ihren Untersuchungen eine positive Assoziation zwischen unsicheren Bindungsmustern und gestörter Affektregulation im Sinne von erhöhter Ängstlichkeit und Angststörungen nachweisen.

2.2.3 Resilienz

Das Resilienzkonzept findet in diversen Forschungsbereichen Anwendung und variiert sowohl in der genauen Definition als auch in der Messmethode (Leppert et al. 2008, Davydov et al. 2010). Resilienz stellt ein vielschichtiges Konstrukt dar, das je nach theoretischem Hintergrund aus entwicklungspsychologischer, erziehungswissenschaftlicher oder persönlichkeitspsychologischer Perspektive definiert und interpretiert wird. Eine Perspektive der Resilienzforschung fokussiert auf die Charakterisierung resilienter Persönlichkeiten, eine zweite auf den Prozess der erfolgreichen Anpassung bei Belastungen (Leppert et al. 2008).

Für die Fragestellung der vorliegenden Studie bietet das persönlichkeitspsychologische Konzept den relevanten Ansatz. Die Erfassung von Resilienz bzw. seelischer Widerstandsfähigkeit als Persönlichkeitsdisposition erfolgte mithilfe der Resilienzskala RS-13 (Leppert et al. 2008), einer Kurzversion der Resilienzskala RS-25 (Wagnild & Young 1998), der das Konzept der „Ego-Resilienz“ von Block und Block (1980) zugrunde liegt. Danach ist Trait-Resilienz die dynamische Fähigkeit, die eigene affektive Befindlichkeit je nach situativer Beanspruchung kontrollieren und modulieren zu können. So verfügen resiliente Persönlichkeiten über eine Vielzahl kognitiver, emotionaler und sozialer Verhaltensweisen, die eine grundlegende Anpassungs- und Funktionsfähigkeit ermöglichen (Block & Block 1980). Resilienz als Persönlichkeitsdisposition erfasst Optimismus, Lebensfreude,

Energie, emotionale Stabilität, Flexibilität, Bestimmtheit sowie die Fähigkeit zum Perspektivwechsel (Leppert et al. 2008).

Verschiedene Studien konnten einen Zusammenhang zwischen Resilienz und den „Big-Five“-Persönlichkeitsfaktoren nachweisen. Danach ist Resilienz positiv mit Extraversion und Gewissenhaftigkeit und negativ mit Neurotizismus assoziiert (Friborg et al. 2005, Campbell-Sills et al. 2006, Analakshmi 2007).

Nach Alvarez und Hunt (2005) ist die Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung stark mit Resilienz assoziiert. Ozbay et al. (2008) betonen die außerordentliche Rolle sozialer Unterstützung für die Aufrechterhaltung der physischen und psychischen Gesundheit in Anwesenheit genetischer, entwicklungsspezifischer und umweltbedingter Risiken.

Diverse Studien zeigten, dass Resilienz mit adaptiven gesundheitsfördernden Bewältigungsstrategien in Zusammenhang steht. Campbell-Sills et al. (2006) fanden positive Assoziationen zwischen problemorientiertem (task-oriented) Coping und Resilienz sowie inverse Assoziationen zwischen Resilienz und emotionsbezogenem Coping. Zudem vermittelte problemorientiertes Coping die Beziehung zwischen Gewissenhaftigkeit und Resilienz.

Im Bereich der Medizinpsychologie beschäftigten sich einige Studien mit dem Einfluss von Resilienz auf die psychische und physische Gesundheit sowie auf das Gesundheitsverhalten. Danach weisen resiliente Patienten ein positives und stabiles emotionales Empfinden auf, das mit geringer Störanfälligkeit und Depressivität assoziiert ist (Tugade et al. 2004). Resilienz dient als „persönliche Medizin“ im Umgang mit eigenen Problemen bzw. der psychischen Gesundheit (Friborg et al. 2005, Dowrick et al. 2008). Andere Autoren konnten einen positiven Zusammenhang zwischen hoher Resilienzausprägung und einer besseren physischen Gesundheit bei KHK- und Diabetespatienten nachweisen (Chan et al. 2006, Yi et al. 2008), während eher niedrige Resilienz im Zusammenhang mit geringerer gesundheitlicher Selbstfürsorge stand (Yi et al. 2008).

2.2.4 Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen

Allport (1949) definierte Persönlichkeit als die "dynamische Organisation jener psychophysischen Systeme innerhalb eines Individuums, die seine einzigartige Anpassung an seine Umgebung bestimmen". Mit dem sogenannten 5-Faktoren-Modell der Persönlichkeit hat sich innerhalb der Persönlichkeitsforschung eine einheitliche und allgemeingültige Terminologie für die Beschreibung von individuellen Unterschieden durchgesetzt und etabliert (Asendorpf 2004). Laut Lang et al. (2001) besagt die Kernannahme dieses „Big-Five“-Ansatzes (Goldberg 1981), dass sich die Persönlichkeitsunterschiede zwischen Individuen anhand fünf wichtiger Merkmalsdimensionen sowie deren Facetten bzw. Subdimensionen beschreiben lassen: Extraversion (z.B. gesellig, gesprächig), Verträglichkeit (z.B. vertrauensvoll, kooperativ), Gewissenhaftigkeit (z.B. gründlich, fleißig), Neurotizismus (z.B. nervös, unsicher) und Offenheit für Erfahrung (z.B. vielseitig interessiert, phantasievoll). Mit dem Big-Five-Modell werden die Persönlichkeitsfaktoren als Extremausprägungen auf den jeweiligen Dimensionen betrachtet. Diese weisen an sich keinen pathologischen Gehalt im Sinne von Persönlichkeitsstörungen auf (Steinmeyer & Klosterkötter 2002). Da den Persönlichkeitsfaktoren Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit in der vorliegenden Arbeit eine besondere Bedeutung zukommt, sind deren Subfacetten in der nachfolgenden Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: *Subfacetten der Persönlichkeitsfaktoren (nach Rammstedt & John 2005)*

Gewissenhaftigkeit	Kompetenz, Ordentlichkeit, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin, Besonnenheit
Neurotizismus	Unsicherheit, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Impulsivität, Depressivität, Traurigkeit, Vulnerabilität, Soziale Befangenheit

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass hohe Gewissenhaftigkeit mit einer vergleichsweise geringen Mortalitätsrate und einer langen Lebensdauer assoziiert ist (Bogg & Roberts 2004, Roberts et al. 2005, Friedman 2008, Kern & Friedman 2008, Terraciano et al. 2008, Taylor et al. 2009, Friedman et al. 2010). Personen mit hoher Ausprägung von Gewissenhaftigkeit beurteilen ihre eigene physische Gesundheit als gut, berichten über subjektives Wohlbefinden und tendieren stark zu gesundheitsbewusstem Verhalten (Friedman et al. 2010, Lodi-Smith et al. 2010). Neurotizismus zeigte zu den zuvor genannten Outcome-Variablen eine inverse Assoziation (Friedman et al. 2010).

2.2.5 Soziale Unterstützung

Nach Knoll und Kienle (2007) beschreibt das Konstrukt „soziale Unterstützung“ im engeren Sinne den qualitativen Aspekt zwischenmenschlicher „Unterstützungstransaktionen“. Davon abzugrenzen ist die soziale Integration, also die Einbettung in ein soziales Netzwerk, als quantitative Komponente der sozialen Interaktionen. Die tatsächlich erhaltene Unterstützung bezieht sich auf die Beobachtung oder das retrospektive Beschreiben von „Unterstützungshandlungen“. Während jene Unterstützung, die eine Person in ihrem sozialen Netzwerk für grundsätzlich verfügbar hält, als wahrgenommene Unterstützung bezeichnet wird (Knoll & Kienle 2007).

In dieser Arbeit werden mit Hilfe des F-SOZU (Fydrich et al. 2003) emotionale und praktische Unterstützung als zentrale Inhalte wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie die antizipierte soziale Integration erfasst. Emotionale Unterstützung umfasst die Vermittlung von Wärme, Akzeptanz, Trost, Zuspruch oder Mitleid. Während praktische Unterstützung jegliche Hilfemaßnahmen bei alltäglichen Problemen bzw. zu erledigenden Aufgaben (z.B. etwas ausleihen, praktische Tipps entgegennehmen) sowie die Bereitstellung finanzieller Ressourcen beinhaltet (Fydrich et al. 2003, Knoll & Kienle 2007). Inwiefern ein Mensch sozial integriert ist, drückt sich durch das Vorhandensein von Freunden bzw. Personen mit gemeinsamen Interessen und Unternehmungen aus.

Die Suche nach sozialer Unterstützung als aktives Bemühen, das eigene soziale Netzwerk mit dem Ziel der Stressbewältigung zu mobilisieren, kann in engerem Sinne in die Kategorie des Coping eingeordnet werden. Danach dient soziale Unterstützung als „soziale Ressource“, die die individuellen personalen Ressourcen ergänzt (Klauer & Schwarzer 2001, Klauer et al. 2007). Nach De Longis und Holtzman (2005) beeinflusst das Bewältigungsverhalten die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Danach bedingen eher negative „feindselige“ (hostile) Copingstrategien eine ungenügende und unbefriedigende wahrgenommene Unterstützung, die wiederum maladaptives Bewältigungsverhalten nach sich zieht (Holtzman et al. 2004).

Soziale Unterstützung im Sinne von Zuwendung, Trost und materieller Hilfe gilt in belastenden Lebenssituationen als Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung von psychischen Beeinträchtigungen und körperlicher Krankheit (Klauer et al. 2007). Einerseits geht man von einer Art „Haupteffekt“ sozialer Unterstützung mit direkter

positiver Wirkung auf diverse Gesundheitsparameter aus, andererseits soll soziale Unterstützung die negativen Einwirkungen von Stress auf die Gesundheit im Sinne eines „Puffereffektes“ reduzieren. Schwarzer (2004) sieht v.a. das gesundheitsfördernde Verhalten als positiven Vermittler zwischen sozialer Unterstützung und guter Gesundheit sowie subjektivem Wohlbefinden. Die konsistentesten Assoziationen mit guter seelischer und körperlicher Gesundheit konnten bislang v.a. für die wahrgenommene soziale Unterstützung nachgewiesen werden (Lindorff 2000, Sarason et al. 2001, Uchino 2004). Diverse psychobiologische Untersuchungen lassen auf einen direkten stressmindernden Einfluss sozialer Unterstützung auf das Herz-Kreislauf-System (Riese et al. 2004, Piferi & Lawler 2006), das endokrine System (Turner-Cobb 2000, Ditzen et al. 2007) sowie das Immunsystem (Lutgendorf et al. 2005, Pressman et al. 2005) schließen.

2.2.6 Krankheitsbewältigung

In medizinpsychologischer Hinsicht meint Coping Bewältigung von Krankheit, wobei Bengel et al. (2003) darunter die emotionale und kognitive Auseinandersetzung mit dem Krankheitserleben verstehen. Mit der Wahl bestimmter Copingstrategien sind individuelle Krankheitskonzepte verbunden, die wesentliche Komponenten der Selbstregulation gesundheitlichen Handelns darstellen (Cameron & Leventhal 2003, Petri & Weinman 2006). In der vorliegenden Arbeit kamen die Berner Bewältigungsformen (Heim et al. 1991) als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der individuellen Copingmechanismen zur Anwendung. Basierend auf dem transaktionalen Bewältigungsmodell von Lazarus (1966) werden definierte Bewältigungsformen innerhalb von handlung-, kognitions- und emotionsbezogenen Bewältigungsdimensionen erfasst. Personen können anhand der spezifischen Kombination bestimmter Bewältigungsformen aus den drei Bewältigungsdimensionen insgesamt drei Bewältigungsgruppen zugeordnet werden: Der bedrohungs-mindernden, der zuwendungsorientierten und der bedrohungsfokussierten Krankheitsbewältigung, vgl. Tabelle 7.

Tabelle 7: Übersicht über die drei Bewältigungsgruppen nach Heim et al. (1991)

	Bedrohungsmindernd	Zuwendungsorientiert	Bedrohungsfokussiert
Charakteristika	„Ich-Leistungen“: - <i>Abwehroperationen</i> - <i>Kognitive Prozesse</i> - <i>Handlungen</i>	Angestrebte Stärkung des labilisierten Selbst: - <i>Konsumieren,</i> - <i>Kraftschöpfen</i> - <i>regressive Erholung</i>	Erleben starker negativer Affekte: - <i>Schuld / Scham</i> - <i>Wut</i> - <i>Trauer</i>
Integration d. Erkrankung	stark	gering	sehr gering
Kontrollüberzeugungen	internal, hoch	internal, gering	internal, sehr gering

Bedrohungsminderndes Coping dient als problembezogene Form der Bewältigung der direkten Beseitigung oder Minderung des Problems durch die Ausführung einer instrumentellen Tätigkeit, z.B. im Sinne von „Zupacken“ oder „Ablenken“, oder durch kognitive Umstrukturierung („Akzeptieren“, „Valorisieren“). Bedrohungsfokussiertes Coping ist als mögliche Schwäche affektregulierender Bewältigung anzusehen und mit resignativen Bewältigungsstrategien verbunden (Hessel et al. 2000).

Personen, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut bis schlecht beurteilen, wenden signifikant mehr bedrohungsfokussierte Bewältigungsstrategien und weniger bedrohungsminderndes Coping an. Andererseits ist die bevorzugte Wahl bedrohungsmindernder gegenüber bedrohungsfokussierter bzw. passiver, vermeidender Bewältigung mit subjektiv besserer physischer und psychischer Gesundheit assoziiert (Hessel et al. 2000, Fledderus et al. 2010, Hori et al. 2010).

2.3 Adipositas im psychosozialen Kontext

D'Argenio et al. (2009) sehen eine unsichere Bindungsrepräsentanz als Ergebnis widriger frühkindlicher Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen und konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass ein unsicher-ängstliches Bindungsmuster im Erwachsenenalter (anxious attachment) einen erheblichen Beitrag zur Prädiktion der Adipositas leistete. Sowohl abweisendes als auch überprotektives elterliches Erziehungsverhalten als Basis unsicherer kindlicher Bindungserfahrungen führt laut Adams und Sutker (2001) zu inadäquater Affektregulation mit dem erhöhten Risiko von Psychopathologien, die zur Adipositasgenese beitragen können. Thomas et al. (2008) zeigten, dass strenges elterliches Erziehungsverhalten (strict upbringing) mit einem ansteigenden BMI und zentraler Adipositas assoziiert ist. Für Autoren, die die Bindungstheorie als „Emotionsregulationstheorie“ begreifen (Adams & Sutker 2001, Fabricatore & Wadden 2003, Mikulincer et al. 2003, Pereg & Mikulincer 2004) spiegeln unsichere Bindungsrepräsentanzen Defizite in der Affektregulation wider. Personen mit ängstlichem Bindungsmuster neigen danach eher zu externer Emotionsregulation (Wilkinson et al. 2010), wobei eine vermehrte Nahrungsaufnahme der Reduktion negativer Affekte bzw. dem Umgang mit Stress, Ärger, Depression und Einsamkeit dient (Fabricatore & Wadden 2003, Larsen et al. 2006, Tasca et al. 2009, Levitan & Davis 2010). Wilkinson et al. (2010) wiesen eine signifikant positive Korrelation zwischen Bindungsangst (attachment anxiety) und dem Body-Mass-Index nach und verstanden die erhöhte Störbarkeit des Essverhaltens als Mediator dieses Zusammenhangs. Eine Reihe von Studien konnte diese positive Assoziation zwischen unsicherer Bindung (v.a. ängstlich) im Erwachsenenalter und gestörtem Essverhalten bestätigen (Ward et al. 2000, Troisi et al. 2005, 2006). Laut Ihle et al. (2005) zeigte sich eine signifikant positive Assoziation zwischen elterlicher Kontrolle und Überbehütung sowie Ablehnung und Strafe und den Symptomen gestörten Essverhaltens.

Zur Erklärung der Assoziation von unsicherer Bindung und gestörtem Essverhalten wird in der Literatur neben einer inadäquaten Affektregulation die mögliche Mediatorfunktion der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (Troisi et al. 2006, Koskina & Giovazolou 2010) oder bestimmter Persönlichkeitsmerkmale (Eggert et al. 2007) diskutiert. Laut Eggert et al. (2007) vermittelte der Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus die Beziehung zwischen unsicherer Bindung und

gestörtem Essverhalten. Provencher et al. (2008) wiesen explizit auf den positiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Störbarkeit des Essverhaltens (disinhibition) sowie zwischen Gewissenhaftigkeit und kognitiver Kontrolle (dietary restraint) hin. Ebenso konnten Heaven et al. (2001) und Elfhag und Morey (2008) zeigen, dass ein verstärkt emotional- und außenreizgesteuertes Essverhalten mit erhöhten Werten für Neurotizismus sowie erniedrigten Werten für Gewissenhaftigkeit assoziiert war.

Inwiefern Störbarkeit und kognitive Kontrolle des Essverhaltens Einfluss auf das Körpergewicht nehmen bzw. das Risiko der Entstehung einer Adipositas erhöhen, liefert in der Literatur v.a. in Bezug auf die kognitive Kontrolle uneinheitliche Ergebnisse. In einigen Studien konnte eine positive Assoziation zwischen kognitiver Kontrolle und BMI bzw. Körpergewicht nachgewiesen werden (Tuschl et al. 1990, Hill et al. 1991, Janelle & Barr 1995), während sich in anderen eine negative (Siegel et al. 2000, Boschi et al. 2001) oder gar keine signifikante Assoziation zeigte (Drapeau et al. 2003, Provencher et al. 2003). Ein stärkerer Konsens besteht hinsichtlich der Störbarkeit des Essverhaltens. Die meisten Autoren beschrieben eine positive Assoziation zwischen der Störbarkeit des Essverhaltens und dem Body-Mass-Index (Pudel & Westenhöfer 1989, Provencher et al. 2003, 2008, Hays & Roberts 2008, Harden et al. 2009) bzw. einer vorhersehbaren Gewichtszunahme (Hays et al. 2002, Hays & Roberts 2008, Bryant et al. 2010). Boschi et al. (2001) und Provencher et al. (2003) konnten bei übergewichtigen und adipösen Personen höhere Werte für Störbarkeit im Vergleich zu Normalgewichtigen nachweisen. Diverse Studien belegten, dass vor allem die Interaktion der unterschiedlichen Ausprägungen an Störbarkeit und kognitiver Kontrolle das Essverhalten und somit das Körpergewicht eines Menschen beeinflussen (vgl. Hays et al. 2002, Dykes et al. 2004, van Hout et al. 2004, Hays & Roberts 2008, Savage et al. 2009, Bryant et al. 2010).

Auf der Suche nach bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen adipöser Personen wiesen einige Autoren einen inversen Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem BMI bzw. Adipositas nach (Brummet et al. 2006, Terracciano et al. 2009). Hohe Gewissenhaftigkeit war bei beiden Geschlechtern mit einem niedrigeren BMI und einer insgesamt niedrigeren Adipositasprävalenz assoziiert (Chapman 2009). Der Zusammenhang zwischen Neurotizismus und BMI bzw. Adipositas wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Einige Autoren fanden eine

positive Assoziation zwischen einzelnen Subfacetten der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Neurotizismus und einem erhöhtem BMI (Sullivan et al. 2007, Lykouras et al. 2008, Van Hout et al. 2008), während andere diese Assoziation nur bei weiblichen Studienteilnehmern bestätigten (Faith et al. 2001, Brummet et al. 2006) oder einen inversen Zusammenhang nachwiesen (Kakizaki et al. 2008, Chapman 2009).

Im Zusammenhang mit Adipositas beschreibt Resilienz diejenigen intra- und extrapersonalen Faktoren, die es einer Person ermöglichen, trotz risikoreicher Umweltbedingungen (z.B. niedriger sozioökonomischer Status) Normalgewicht zu halten bzw. nicht stark an Gewicht zuzunehmen (Ball & Crawford 2006). Eine aktuelle australische Studie untersuchte den Gewichtsstatus von jungen Müttern aus sozioökonomisch benachteiligten Wohngebieten in Abhängigkeit genau jener Resilienzfaktoren (MacFarlane et al. 2010). Dabei waren insbesondere die personalen Resilienzfaktoren (eigenverantwortliches gesundheitsbewusstes Verhalten bezüglich gesunder Ernährung und Bewegung) und die sozialen Resilienzfaktoren (familiäre Unterstützung bezüglich gesunder Ernährung und Bewegung) positiv mit Normalgewicht assoziiert.

Wie Adipöse mit den gesundheitlichen Belastungen und den psychosozialen Konsequenzen umgehen, wird in einer Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen thematisiert. Jacoby (2004) interpretiert das Bewältigungsverhalten von Adipösen im psychosomatischen Kontext, wobei der Essvorgang selbst als inadäquater Bewältigungsmechanismus zur Reduktion von Unlust-, Angst- und Spannungszuständen verstanden wird. Die individuelle Unfähigkeit, Stress zu bewältigen und mit negativen Emotionen umzugehen, wirkt sich ungünstig auf gesundheitsförderndes Verhalten hinsichtlich gesunder Ernährung und Bewegung aus (Costanzo et al. 2001, Laitinen et al. 2002). In Anlehnung an die Vorstellung von Essen als Form externer Emotionsregulation fanden einige Autoren eine positive Assoziation zwischen Adipositas und der bevorzugten Wahl emotionsbezogener Bewältigungsstrategien bzw. der Expression negativer Gefühle (Rydén et al. 2001, Hörchner et al. 2002, Rydén et al. 2003). Adipöse weibliche Patientinnen zeigten ein eher vermeidendes („avoidance“), abwartendes („wait-and-see“) und insgesamt passives Coping-Verhalten (Hörchner et al. 2002) mit starker Tendenz zur Verleugnung von Problemen (Lykouras et al. 2008). Während normalgewichtige Frauen in höherem Ausmaß problemorientierte Bewältigungs-

formen anwendeten (Strickland et al. 2007). Bei adipösen Personen war die bevorzugte Wahl problembezogener Copingstrategien mit erfolgreicher Gewichtsreduktion assoziiert (Rydén et al. 2003).

In der Studie von Hörchner et al. (2002) korrelierte Einsamkeit bei Personen mit Adipositas positiv mit passiven Bewältigungsstrategien und signifikant negativ mit aktivem Coping (active approach) und der Suche nach sozialer Unterstützung. Soziale Kompetenz und vorhandene sowie wahrgenommene soziale Unterstützung können sowohl bei der Entstehung als auch der Überwindung psychosozialer Probleme adipöser Menschen eine Rolle spielen (Dierk et al. 2006). Nach Hörchner et al. (2002) ist Adipositas mit einem Mangel oder Fehlen von engen Beziehungen und sozialer Unterstützung assoziiert. Diese zwischenmenschlichen Beziehungen werden als unzuverlässig und weniger vertraut wahrgenommen (ebd.). Ganz gegensätzlich zeigte sich in der Untersuchung von Dierk et al. (2006), dass sich Adipöse in der Wahrnehmung ihrer sozialen Unterstützung nicht von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Gleichmaßen konnten Wiczinski et al. (2009) keine signifikante Korrelation zwischen BMI und sozialer Unterstützung nachweisen.

Nach Dierk et al. (2006) haben soziale Fähig- und Fertigkeiten sowie wahrgenommene soziale Unterstützung einen positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden Adipöser. Andererseits können zwischenmenschliche Beziehungen durch soziale Stigmatisierung erschwert bzw. unbefriedigend wahrgenommen und die Entwicklung sozialer Fertigkeiten behindert werden (Dierk et al. 2006). Die Wahrnehmung sozialer Stigmatisierung führt zu erhöhtem Distress-Erleben und zur Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens (Wiczinski et al. 2009). Nach Wiczinski et al. (2009) ist die wahrgenommene soziale Unterstützung sowohl mit der psychischen als auch mit der physischen Gesundheit adipöser Menschen positiv korreliert. Danach zeigte sich bei adipösen Männern eine „Pufferfunktion“ für wahrgenommene soziale Unterstützung bezüglich der mit Adipositas verbundenen Beeinträchtigung der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Zahlreiche Studien belegten, dass Adipositas eine Beeinträchtigung der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität bedingt, v.a. in Bezug auf die Einschätzung der körperlichen Gesundheit (Fontaine & Barofsky 2001, Kolotkin et al. 2001, von Lengerke et al. 2007). Die Höhe des BMI zeigte bei beiden Geschlechtern negative Assoziationen mit der subjektiven Einschätzung der körper-

lichen Gesundheit (physical HQOL), jedoch keine direkte Assoziation mit der psychischen Gesundheit (Legenbauer et al. 2007, Wiczinski et al. 2009, De Zwaan et al. 2009). Ähnlich einer Dosis-Wirkungs-Beziehung berichteten Personen mit schwerer Adipositas Grad 3 über eine signifikant stärkere Beeinträchtigung ihrer körperlichen Gesundheit, im Vergleich zu Personen mit Adipositas Grad 1 und 2 (Wadden et al. 2006, De Zwaan et al. 2009, Castress et al. 2010). Die globale gesundheitsbezogene Lebensqualität wird nicht durch die Höhe des BMI allein, sondern vor allem durch die Anzahl komorbider körperlicher wie auch psychischer Erkrankungen beeinflusst (Legenbauer et al. 2007, Wiltink et al. 2007, De Zwaan et al. 2009).

In Gesellschaften, in denen Adipositas stigmatisiert wird, besteht für adipöse Menschen ein erhöhtes Risiko für Depression und Angststörungen. Damit stellt sich die Beziehung zwischen Adipositas und psychischen Störungen kontextspezifisch dar und hängt u.a. vom Körperideal des jeweiligen Kulturkreises ab (Andrejeva et al. 2008). Markowitz et al. (2008) entwickelten ein Modell über die bidirektionalen Zusammenhänge zwischen Adipositas und Depression. Danach bedingen ständige erfolglose Diätversuche, allgemeine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (body dissatisfaction), soziale Stigmatisierung sowie ansteigender Adipositasgrad, niedriger sozioökonomischer Status und weibliches Geschlecht die Entwicklung einer Depression. Andererseits erhöhen ein Mangel an Bewegung und wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie vermehrtes Essen aufgrund starker negativer Gedanken und Gefühle im Rahmen der Depression das Risiko einer Adipositas.

3 Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde der Fragestellung nachgegangen, inwiefern psychosoziale Faktoren die körperliche und psychische Gesundheit adipöser Patienten beeinflussen. Die nachfolgende Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen untersuchten Zusammenhänge zwischen den abhängigen und unabhängigen Studienvariablen.

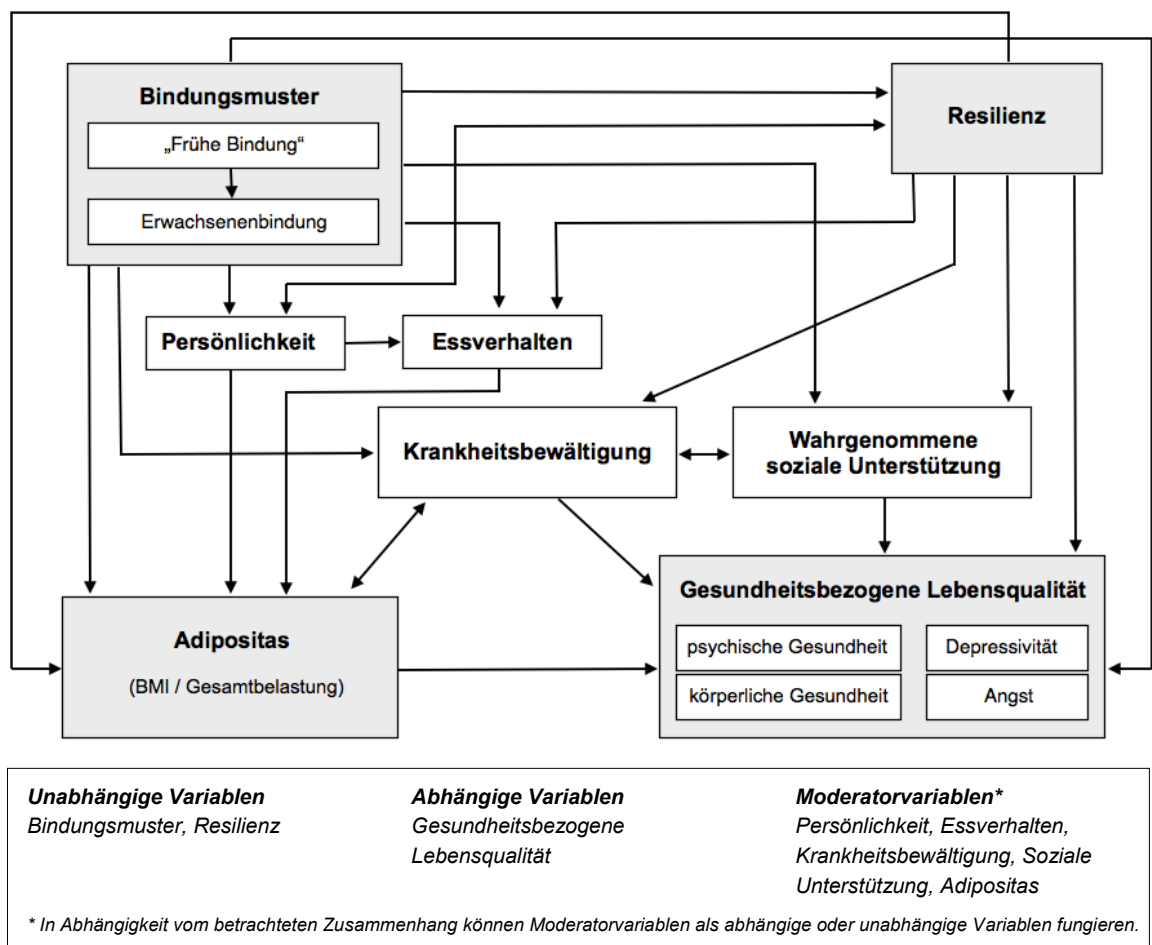


Abbildung 1: Hypothesenmodell

Dabei wurden die nachfolgenden Hypothesenkomplexe geprüft:

1. Erinnertes, elterliches Erziehungsverhalten, Resilienz und Erwachsenenbindungsmuster stehen miteinander in Zusammenhang.
 - a) Negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten steht in Zusammenhang mit eher unsicheren Erwachsenenbindungsmustern.

- b) Positiv erinnertes elterliches Erziehungsverhalten ist mit hoher Resilienz assoziiert.
 - c) Ein sicheres Bindungsmuster steht in Zusammenhang mit hoher Resilienz.
2. Bindungsmuster, Resilienz und die Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen stehen in Zusammenhang mit Essverhalten und Adipositas (bzw. BMI).
- a) Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz sind mit Gewissenhaftigkeit positiv und mit Neurotizismus negativ assoziiert.
 - b) Ein unsicheres Bindungsmuster und niedrige Resilienz stehen in Zusammenhang mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens.
 - c) Erhöhter Neurotizismus und geringe Gewissenhaftigkeit stehen mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens sowie einem erhöhten BMI in Zusammenhang.
 - d) Ein unsicheres Bindungsmuster und niedrige Resilienz stehen in Zusammenhang mit einem hohen BMI.
3. Bindungsmuster, Resilienz, Adipositas-spezifische Gesamtbelastung und Krankheitsbewältigung stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit.
- a) Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz sind mit eher geringer Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung und einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert.
 - b) Ein hoher BMI sowie hohe Adipositas-spezifische Gesamtbelastung sind mit einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit verbunden.
 - c) Hohe bedrohungsfokussierte Bewältigung und geringe bedrohungsmindernde Bewältigung stehen mit starker Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung sowie einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit in Zusammenhang.
 - d) Bindungssicherheit und hohe bedrohungsmindernde Bewältigung sind mit einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert.

4. Bindungsmuster, Resilienz, wahrgenommene soziale Unterstützung, Krankheitsbewältigung und Adipositas stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit.

- a) Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz nehmen soziale Unterstützung stärker wahr und wählen eher bedrohungsmindernde als bedrohungsfokussierte Krankheitsbewältigungsstrategien.
- b) Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz stehen in Zusammenhang mit guter psychischer Gesundheit.
- c) Hohe wahrgenommene soziale Unterstützung und bedrohungsmindernde Krankheitsbewältigung stehen in Zusammenhang mit guter psychischer Gesundheit sowie geringer Depressivität und Angst.
- d) Patienten mit hohem BMI, starker bedrohungsfokussierter Bewältigung und einer geringen Wahrnehmung sozialer Unterstützung schätzen ihre eigene psychische Gesundheit eher schlecht ein.

5. Bindungsmuster, Resilienz, Krankheitsbewältigung und Adipositas stehen in Zusammenhang mit Depressivität und Angst.

- a) Negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten steht in Zusammenhang mit erhöhter Depressivität und Angst.
- b) Patienten mit sicherem Bindungsmuster sowie hoher Resilienz werden in Bezug auf Depressivität und Angst weniger häufig als auffällig klassifiziert.
- c) Ein hoher BMI bzw. eine starke Adipositas-spezifische Gesamtbelastung sowie hohe bedrohungsfokussierte Bewältigung stehen mit erhöhter Depressivität und Angst in Zusammenhang.

4 Patienten und Methoden

4.1 Ablauf und Design der Studie

Die vorliegende Arbeit beruht auf dem Design einer deskriptiven Querschnittsanalyse und erfasst die zu einem bestimmten Zeitpunkt einwirkenden psychosozialen Einflussfaktoren auf die psychische und körperliche Gesundheit adipöser Patienten. Der Studienablauf wurde dabei in Anlehnung an die Kriterien des CONSORT Statement durchgeführt (Moher et al. 2004). Die Daten wurden im Zeitraum von Juni 2008 bis Februar 2009 in elf allgemeinmedizinischen bzw. internistischen Praxen aus 4 Jenaer Stadtteilen mittels standardisierter Fragebögen erhoben. Die Rekrutierung der Probanden bzw. die Ausgabe der Fragebögen durch die Promovendin erfolgte im Rahmen eines persönlichen Informationsgesprächs und beinhaltete u.a. die Prüfung von Ein- und Ausschlusskriterien, vgl. Tabelle 8. Zusätzlich erfolgte die Patientenrekrutierung in geringerem Umfang auch durch die niedergelassenen Ärzte. Systemische Grunderkrankungen, die im Rahmen eines metabolischen Syndroms auftreten (z.B. Diabetes mellitus oder Arterielle Hypertonie), zählten nicht zu den Ausschlusskriterien.

Tabelle 8: *Ein- und Ausschlusskriterien für die Rekrutierung der Studienteilnehmer*

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Primäre Form der Adipositas Grad 1 – 3 (ab BMI größer gleich 30 kg/m^2)- Mindestalter von 25 Jahren unter der Annahme von relativ stabilisierten Lebensumständen (abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung, berufstätig, eigene Wohnung, ggf. eigene Familie etc.)
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none">- Primäre Adipositas im Rahmen seltener, genetischer Syndrome (z.B. Prader-Willi-Syndrom)- Sekundäre Form der Adipositas aufgrund von:<ul style="list-style-type: none">▪ Endokrinologischen Erkrankungen (z.B. Morbus Cushing, Hypothyreose, Insulinom)▪ Zentralen Ursachen (z.B. Hypothalamustumor)- Eine bereits diagnostizierte Essstörung (z.B. Binge Eating Disorder, Bulimia nervosa)- Andere psychiatrische Grunderkrankungen (z.B. endogene Depression)- Medikamentöse Therapie, die eine Gewichtszunahme bedingen kann

Die Studienteilnahme war an die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung gebunden, durch die die Teilnehmer auf den vertraulichen Umgang und die anonymisierte Auswertung ihrer Daten hingewiesen wurden. Die Patienten gaben die Fragebögen entweder bei einem Folgetermin in der Praxis ab oder sendeten sie auf dem Postweg zurück. Die Daten wurden mithilfe eines Codes verschlüsselt und in die SPSS-Datenmaske eingegeben. Da es sich bei Adipositas um ein „schambesetztes“, empfindliches Thema handelt, kann bei der Rekrutierung der Probanden eine positive Selektion vorliegen (Selektionsbias). Es deutete sich an, dass viele, v.a. stark adipöse, Patienten die Studienteilnahme verweigerten und eher Patienten mit einer leichteren Form der Adipositas (v.a. Grad 1) einwilligten. Von den insgesamt 230 ausgeteilten Fragebögen konnten 164 wieder eingesammelt und in die Studie eingeschlossen werden. Die Ausfallrate beträgt damit 28,69% (n = 66) und die Rücklaufquote 71,30 % (n = 164), vgl. Tabelle 9.

Tabelle 9: Übersicht über Rekrutierungsmodus und Fragebogenrücklauf

Praxis	Rekrutierung der Patienten	Fragebögen		
		Ausgabe	Rücklauf	
			absolut	relativ (%)
A	Promovendin	15	8	53,33
B	Ärztin	19	10	52,63
C	Ärztin	5	4	80,0
D	Arzt	10	3	30,0
E	Ärztin	5	2	40,0
F	Ärztin	2	0	0,00
G	Promovendin	44	35	79,54
H	Promovendin	84	66	78,57
I	Promovendin	17	14	82,35
J	Ärztin	18	13	72,22
K	Promovendin	11	9	81,81
Gesamt		230	164	71,30

Die Erfassung des BMI beruhte auf Patientenangaben zu Größe und Gewicht. Körperliche Beschwerden im Rahmen der Adipositas wurden mithilfe des Fragebogens erfasst. Informationen über das Vorliegen diverser Folge- und Begleiterkrankungen, wie Diabetes mellitus, Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen, wurden den Patientenakten oder den persönlichen Angaben der Studienteilnehmer entnommen.

4.2 Messinstrumente

Im Rahmen der Studie wurden folgende Parameter erfasst und operationalisiert, vgl. Tabelle 10.

Tabelle 10: *Überblick über die angewandten Messinstrumente*

Parameter	Operationalisierung	Abkürzung
Frühe Bindung	Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (Schumacher et al. 1999)	FEE
Erwachsenenbindung	Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (Höger et al. 2007)	BFPE
Resilienz	Die Resilienzsкала (Schumacher et al. 2005)	RS-13
Persönlichkeit	Big-Five-Inventory, Kurzversion (Rammstedt & John 2005)	BFI-K
Essverhalten	Fragebogen zum Essverhalten (Pudel & Westenhöfer 1989)	FEV
Krankheitsbewältigung	Berner Bewältigungsformen (Heim et al. 1991)	BEFO
Wahrnehmung sozialer Unterstützung	Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Kurzversion (Fydrich et al. 2003)	FSOZU-K14
Angst / Depressivität	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (Herrmann et al. 1995)	HADS-D
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Fragebogen zum Gesundheitszustand, Kurzversion (Bullinger & Kirchberger 1998)	SF-12

4.2.1 Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten

Der auf dem schwedischen EMBU-Fragebogen basierende Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE) dient der rückblickenden Erfassung des perzipierten mütterlichen und väterlichen Erziehungsverhaltens. Der Fragebogen umfasst 24 Items, die jeweils getrennt für Mutter und Vater beantwortet werden. Inhaltlich werden die faktorenanalytisch ermittelten Dimensionen „Ablehnung und Strafe“, „Emotionale Wärme“ sowie „Kontrolle und Überbehütung“ erfasst. Die Studienteilnehmer entscheiden sich z.B. bei der Frage „Spürten Sie,

dass Ihre Eltern Sie gern hatten?“ zwischen 4 Antwortmöglichkeiten von „nein, niemals“ (1) bis „ja, ständig“ (4).

4.2.2 Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen

Der BFPE ist ein Instrument zur Erfassung von Bindungsmustern im Erwachsenenalter, die das Agieren innerhalb von diversen Beziehungen (z.B. Arbeit, Partnerschaft etc.) prägen (Höger et al. 2005). Der Fragebogen erfasst die fünf Bindungsmuster „vermeidend - verschlossen“, „bedingt sicher“, „sicher“, „ambivalent - anklammernd“ und „ambivalent - verschlossen“. Die Gruppierung zu diesen Bindungsmustern erfolgt anhand von Clusteranalysen nach den individuellen Werten auf den 3 faktorenanalytisch begründete Skalen „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“. Die Befragten positionieren sich z.B. zur Aussage „Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin, zu ertragen“, indem sie zwischen 5 Antwortmöglichkeiten von „trifft genau zu“ (4) bis „trifft überhaupt nicht zu“ (0) auswählen. Die Itemtrennschärfe erweist sich laut Höger et al. (2005) als gut bis befriedigend.

4.2.3 Kurzversion der Resilienzskala (RS-13)

Die RS-13 ist eine deutschsprachige Kurzform der Resilienzskala (RS-25) von Wagnild und Young (1993), die ursprünglich 25 Items umfasst. Laut Leppert et al. (2008) ist sie ein ökonomisches Fragebogeninstrument zur Erfassung von seelischer Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal bzw. Resilienz im Sinne von emotionaler Stabilität. Die Befragten positionieren sich z.B. zu der Aussage „Normalerweise schaffe ich alles irgendwie“, indem sie zwischen sieben Antwortmöglichkeiten von „nein, ich stimme nicht zu“ (1) bis „ja, ich stimme völlig zu“ (7) auswählen. Die Resilienzskala eignet sich für die klinische Diagnostik sowie für den Einsatz im Rahmen von wissenschaftlichen Fragestellungen innerhalb der medizinischen Psychologie (Leppert et al. 2008). Inhaltlich können die 2 Faktoren „Akzeptanz des Selbst und des eigenen Lebens“ und „persönliche Kompetenz“ abgegrenzt sowie Resilienz als Gesamtfaktor erfasst werden. Laut Leppert et al. (2008) kann die Retest-Reliabilität von .62 als gut bezeichnet werden.

4.2.4 Kurzversion des Big-Five-Inventory (BFI-K)

Die Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K) umfasst 21 Items zur Erfassung der fünf Faktoren der menschlichen Persönlichkeit: Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrungen. Die Befragten nehmen z.B. zu der Aussage „Ich bin eher zurückhaltend, reserviert“ Stellung und wählen dabei eine von fünf Antwortmöglichkeiten von "sehr unzutreffend" (0) bis „sehr zutreffend“ (4). Jede Skala besteht aus nur 4-5 Items, die unterschiedliche Facetten der Persönlichkeitsdimensionen abbilden (Rammstedt & John 2005). Somit ergibt sich eine breite, inhaltliche und dennoch grobe Erfassung der Persönlichkeitskonstrukte mit zum Teil relativ geringen internen Konsistenzen. Der BFI-K weist laut Rammstedt und John (2005) eine hinreichende Validität und Stabilität auf.

4.2.5 Fragebogen zum Essverhalten (FEV)

Der Fragebogen zum Essverhalten stellt die deutsche Version des Three-Factor-Eating-Questionnaire von Stunkard und Messick (1985) dar. Er prüft auf drei Subskalen bedeutsame Dimensionen des menschlichen Essverhaltens: Kognitive Kontrolle und Störbarkeit des Essverhaltens sowie erlebte Hungergefühle (Pudel & Westenhöfer 1989). In der Handanweisung des FEV (Pudel & Westenhöfer 1989) ist eine deutliche Interkorrelation zwischen den Skalen „Störbarkeit“ und „Erlebte Hungergefühle“ beschrieben, weshalb man letztere Skala als redundant betrachten kann. Deshalb wurden in dieser Arbeit nur die Dimensionen Störbarkeit (16 Items) und kognitive Kontrolle (21 Items) des Essverhaltens erfasst. Die Befragten positionieren sich z.B. zu der Aussage „Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen“, indem sie zwischen den zwei Antwortoptionen "trifft nicht zu" (0) und „trifft zu“ (1) auswählen. Laut Pudel und Westenhöfer (1989) liegt hinreichende Validität vor.

4.2.6 Berner Bewältigungsformen

Die Berner Bewältigungsformen (BEFO) dienen der Selbstbeurteilung von Krankheitsbewältigung bei Personen mit vorwiegend chronischen körperlichen Erkrankungen. Der Fragebogen erfasst mit 28 Items drei empirisch festgelegte Bewältigungsdimensionen: Handlungs-, kognitions- und emotionsbezogene Bewältigung (Heim et al. 1991). Weiterhin erfolgt die Differenzierung in drei Gruppen von Bewältigungsformen: Bedrohungsminderndes, bedrohungsfokussiertes und zu-

wendungsorientiertes Coping. Die Befragten positionieren sich z.B. zu der Aussage „Ich versuche mir zu erklären, was mit mir und meiner Krankheit wirklich los ist“, indem sie zwischen fünf Antwortoptionen von "nicht zutreffend" (1) bis „völlig zutreffend“ (5) auswählen.

4.2.7 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSOZU-K14)

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung subjektiv wahrgenommener Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und kann ab dem 16. Lebensjahr eingesetzt werden (Fydrich et al. 2003). Mit der aus 14 Items bestehenden Kurzform des F-SozU steht laut Fydrich et al. (2003) ein ökonomisches und valides Instrument zur Erfassung eines Gesamtwertes erlebter sozialer Unterstützung zur Verfügung. Er erfasst die drei Bereiche „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“ und Soziale Integration“. Die Befragten positionieren sich z.B. zu der Aussage „Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann“, indem sie zwischen fünf Antwortmöglichkeiten von "trifft nicht zu" (1) bis „trifft genau zu“ (5) auswählen. Die Inhaltsvalidität konnte durch Experten gesichert werden.

4.2.8 Hospital Anxiety and Depression Scale

Die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale dient der Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Erkrankungen bzw. Beschwerden (Herrmann et al. 1995). Der Fragebogen umfasst 14 Items, aus denen zwei Subskalen für Angst und Depressivität mit je sieben Items gebildet werden. Die Befragten müssen sich z.B. zu der Aussage „Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst“ positionieren. Hierbei kann innerhalb eines 4-stufigen Antwortmodells von „fast immer“ (3) bis „überhaupt nicht“ (0) eine Auswahl getroffen werden. Laut Herrmann et al. (1995) erwies sich für die Auswertung ein Cutoff-Wert von 9 für die Depressivitäts-Subskala und ein Cutoff von 11 für die Angst-Subskala als günstig, um zwischen unauffälligen und auffälligen Patienten zu unterscheiden. Es liegen Normwerte für verschiedene deutsche Patienten- und Kontrollkollektive vor. Die konvergente Validität konnte belegt werden.

4.2.9 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der SF-12 (Short-Form-Health-Survey) basiert als Kurzform auf dem SF-36 und dient als Selbstbeurteilungsinstrument für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Er besteht aus zwölf Items, die in zwei Skalen zur psychischen und körperlichen Gesundheit mit jeweils sechs Items zusammengefasst werden (Bullinger & Kirchberger 1998). Die Studienteilnehmer entscheiden sich z.B. bei der Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ zwischen 5 Antwortoptionen von „schlecht“ (1) bis „ausgezeichnet“ (5). Die Werte für die Summenskalen werden bei der Auswertung durch Addition einer Konstante so standardisiert, dass die gleichen Mittelwerte wie im SF-36 für die amerikanische Normstichprobe erreicht werden. Damit wird eine Vergleichbarkeit von Daten aus verschiedenen Studien ermöglicht, wobei ein höherer Skalenwert einen besseren Gesundheitszustand reflektiert. Für deutsche Normstichproben mit diversen chronischen Erkrankungen liegen charakteristische Mittelwerte vor.

4.2.10 Adipositas-spezifische Gesamtbelastung

Die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung wurde von der Promovendin erstellt und erfasst als additiver Belastungsindex sowohl physische als auch psychische Faktoren. Dabei reflektiert ein hoher Punktwert eine starke Adipositas-spezifische Gesamtbelastung. Der Belastungsindex enthält folgende Parameter:

- BMI nach WHO (Adipositasgrad 1-3)
- Anzahl an Folgeerkrankungen (Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen > keine bis drei)
- Kreislaufbelastung (Luftnot in Ruhe / bei Belastung, schnelle Ermüdung)
- Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht
- Zufriedenheit mit dem eigenen Bewegungsverhalten
- Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen

Die körperlichen Faktoren wurden in den Belastungsindex integriert, da mit steigendem BMI sowohl die physische (Benecke & Vogel 2005, Whitlock et al. 2009) als auch die psychische Komorbidität (Wadden et al. 2006, Castress et al. 2010) zunehmen. Die Auswahl der drei zuletzt genannten psychischen Faktoren orientierte sich an den Frankfurter Körperkonzeptskalen (Deusinger 1998) sowie am „Weight and Lifestyle Inventory“ von Wadden und Foster (2006). Die Summierung der einzelnen Belastungsfaktoren erfolgte theoriegeleitet und bildet keine kausalen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Parametern ab.

4.3 Studienpopulation

4.3.1 Soziodemographische Merkmale

Die Studienpopulation besteht aus 164 adipösen Patienten, die im Rahmen der Inanspruchnahme allgemeinärztlicher Versorgung rekrutiert wurden. Die wichtigsten soziodemographischen Merkmale der Studienpopulation sind der nachfolgenden Tabelle 11 zu entnehmen.

Tabelle 11: *Soziodemographische Merkmale der Studienpopulation*

Geschlecht	weiblich	112 (68,3%)
	männlich	52 (31,7%)
Alter	M	60,20
	Range	25 - 81
Altersgruppen	25-50 Jahre	33 (20,1%)
	51-64 Jahre	57 (34,8%)
	65-81 Jahre	74 (45,1%)
Haushalt	allein lebend	44 (26,8%)
	nicht allein lebend	120 (73,2%)
Bildung	ohne Ausbildung	44 (26,8%)
	mittlere Ausbildung	97 (59,1%)
	höhere Ausbildung	23 (14,0%)
Berufsstatus	eher niedrig	92 (56,4%)
	mittel	54 (33,2%)
	relativ hoch	17 (10,4%)
Einkommen	bis 1000 €	74 (45,1%)
	zwischen 1000 - 1500 €	50 (30,5%)
	über 1500 €	40 (24,4%)
Erwerbstätigkeit	ja	53 (32,3%)
	nein (82 % Rentner, n = 91)	111 (67,7%)
Sozioökonomischer Status (SES)	relativ gering	81 (49,7%)
	mittel	64 (39,3%)
	relativ hoch	18 (11%)

Zur Erfassung des sozioökonomischen Status (SES) wurden Bildung, berufliche Stellung und Haushaltsnettoeinkommen zu einem mehrdimensionalen additiven Sozialschicht-Index zusammengefasst (vgl. Dulong et al. 2003).

4.3.2 Somatische Aspekte der adipösen Patienten

Die Spannweite des Body-Mass-Index (BMI) innerhalb der Stichprobe reicht von 30,04 kg/m² bis 49,60 kg/m², wobei die Patienten im Mittel einen BMI von 35,75 kg/m² (SD=5,0) aufweisen, vgl. Tabelle 12.

Tabelle 12: *Body-Mass-Index (BMI)*

	n	Min.	Max.	M	SD
BMI (kg/m ²)	164	30,04	49,60	35,75	5,0

Nach der offiziellen BMI-Klassifikation der World-Health-Organization (WHO) können 89 Patienten einer Adipositas Grad 1, 38 Patienten einer Adipositas Grad 2 und 37 Patienten einer Adipositas Grad 3 zugeordnet werden, vgl. Abbildung 2.

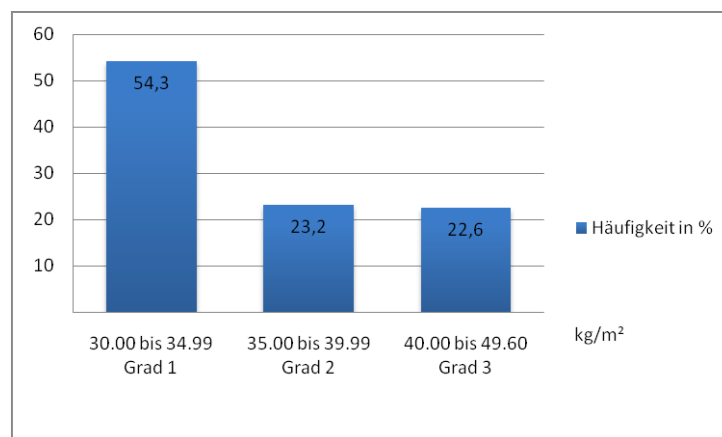


Abbildung 2: *Verteilung der Adipositasgrade nach WHO*

Unter den mit Adipositas assoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen stellt die Hypertonie in dieser Studienpopulation mit 85% (n=136) eine der Hauptdiagnosen dar, gefolgt von Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen, vgl. Abb 3.

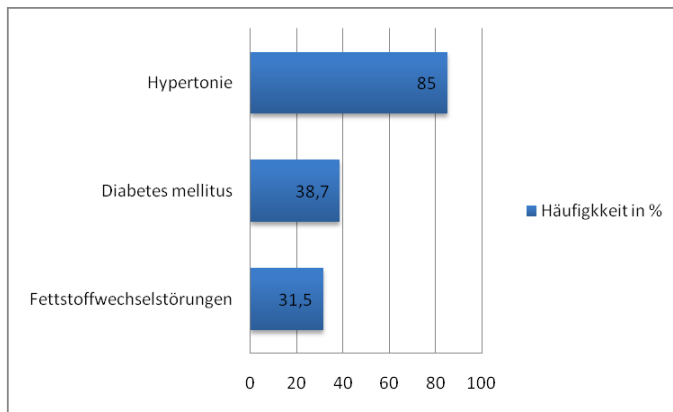


Abbildung 3: Folge- und Begleiterkrankungen im Rahmen der Adipositas

20 Patienten gaben an, an keiner der zuvor aufgeführten Folgeerkrankungen zu leiden, 61 Patienten weisen eine und 36 Patienten zwei dieser Erkrankungen auf. Insgesamt weisen 31 Patienten sowohl eine Hypertonie, als auch einen Diabetes mellitus Typ 2 und Fettstoffwechselstörungen auf, vgl. Abbildung 4.

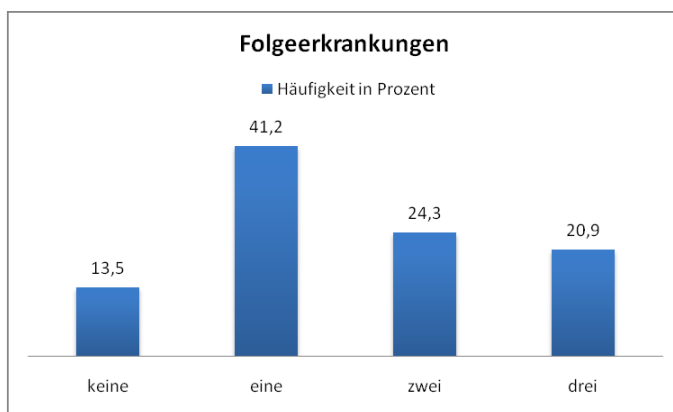


Abbildung 4: Anzahl der Folgeerkrankungen

Gefragt nach den körperlichen Beschwerden, gaben 75% (n=123) der Patienten Gelenkbeschwerden, 68,3% (n=112) Rückenschmerzen und 66,5% (n=109) Luftnot bei Belastung an. Weitere klinische Symptome sind der nachfolgenden Abbildung 5 zu entnehmen.

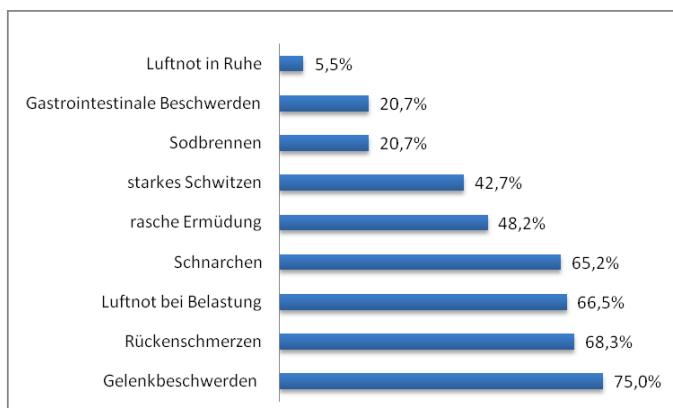


Abbildung 5: Körperliche Beschwerden der adipösen Patienten

Die deskriptiven Parameter der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung sind in der nachfolgenden Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: *Adipositas-spezifische Gesamtbelastung*

	n	Min.	Max.	M	SD
Gesamtbelastung	148	3,00	12,00	7,18	2,20

4.3.3 Psychosoziale Aspekte der adipösen Patienten

Im Folgenden werden wesentliche psychosoziale Merkmale der gesamten Studienpopulation dargestellt, die für die Hypothesen dieser Arbeit relevant sind. 60 Studienteilnehmer antworteten bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht mit „gar nicht“ und 84 mit „eher nicht“, während nur 20 Patienten eher bzw. sehr zufrieden sind, vgl. Abbildung 6.

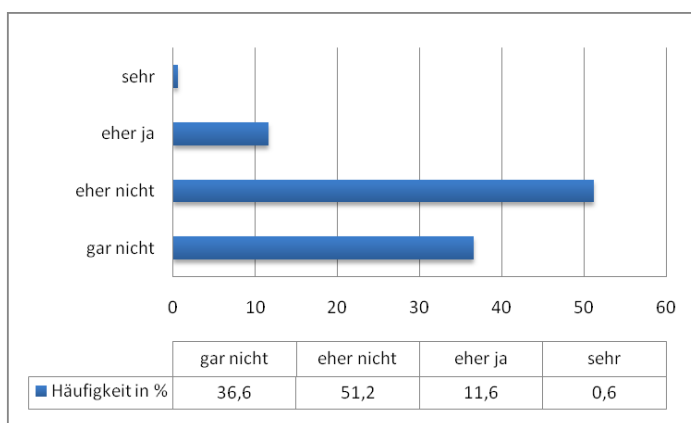


Abbildung 6: *Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht*

Mit ihrem Bewegungsverhalten sind 19 Patienten „gar nicht“ und 89 Patienten „eher nicht“ zufrieden, während 56 Patienten eher und nur 6 Patienten sehr zufrieden sind, vgl. Abbildung 7.

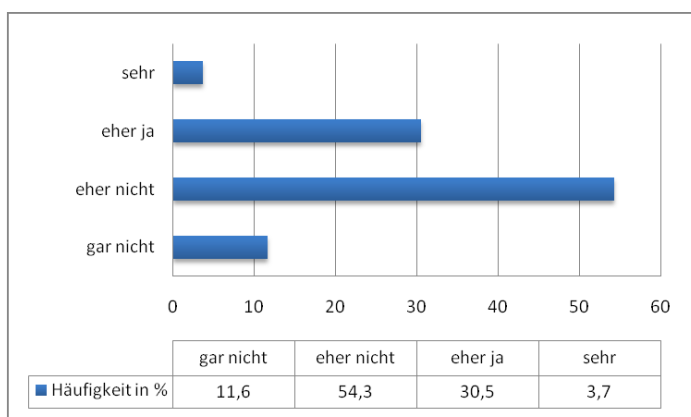


Abbildung 7: *Zufriedenheit mit dem Bewegungsverhalten*

31 Patienten machen sich aufgrund ihrer Adipositas ständig und 41 Patienten häufig Sorgen um ihre Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen, während dies 92 Patienten nur manchmal oder gar nicht tun, vgl. Abbildung 8.

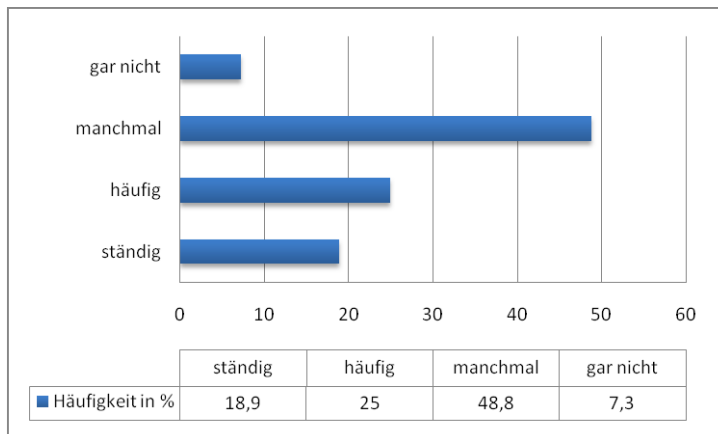


Abbildung 8: *Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen*

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit sind die adipösen Patienten im Vergleich zu deutschen Normstichproben mit chronischen Erkrankungen v.a. psychisch im Mittel relativ stark belastet (vgl. Bullinger & Kirchberger 1998), vgl. Tabelle 14.

Tabelle 14: *Selbsteinschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit*

SF-12	n	Min.	Max.	M	SD
Körperliche Gesundheit	164	19,41	52,98	40,24	7,26
Psychische Gesundheit	164	24,38	57,27	44,64	6,26

In der nachfolgenden Tabelle 15 sind die deskriptiven Merkmale für Depressivität und Angst der adipösen Studienteilnehmer dargestellt.

Tabelle 15: *Depressivität und Angst in der vorliegenden Studienpopulation*

HADS-D	n	Min.	Max.	M	SD	Alpha
Depressivität	164	0,00	17,00	5,74	3,87	.81
Angst	164	0,00	18,00	6,78	3,77	.79

Insgesamt können in dieser Untersuchung 20,1% der adipösen Patienten (n=33) bezüglich Depressivität und 14,6% (n=24) in Bezug auf Angst als auffällig klassifiziert werden, vgl. Abbildung 9.

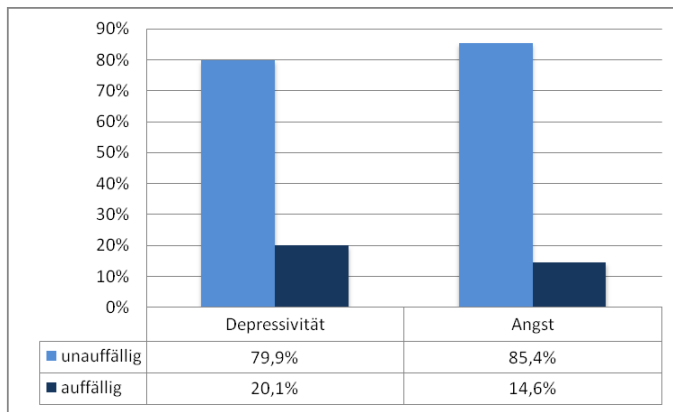


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung von Depressivität und Angst in der Stichprobe

Zur Erfassung der „frühen Bindung“ wurden die Patienten nach dem erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten befragt. Hierbei konnten auf den Skalen für „Wärme“ und „Ablehnung und Strafe“ maximal 40 Punkte und auf der Skala „Kontrolle und Überbehütung“ maximal 30 Punkte erzielt werden. In Tabelle 16 sind die deskriptiven Merkmale der Skalen des FEE dargestellt.

Tabelle 16: Deskriptive Merkmale der Skalen des FEE

		n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Emotionale Wärme	Mutter	163	8,00	32,00	20,58	5,59	.91
	Vater	138	8,00	32,00	19,85	5,88	.92
Ablehnung und Strafe	Mutter	162	8,00	27,00	10,82	3,83	.90
	Vater	138	8,00	26,00	10,84	3,74	.91
Kontrolle / Überbehütung	Mutter	163	8,00	25,00	13,30	3,43	.67
	Vater	138	8,00	24,00	12,84	2,96	.62

Die Einteilung der Erwachsenenbindungsmuster erfolgte anhand individueller Werte auf den Skalen „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“, deren deskriptive Parameter der nachfolgenden Tabelle 17 zu entnehmen sind.

Tabelle 17: Deskriptive Merkmale der Skalen des BFPE

Skalen des BFPE	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Akzeptanzprobleme	162	0,00	3,64	1,07	0,73	.87
Öffnungsbereitschaft	162	0,64	4,00	2,67	0,76	.86
Zuwendungsbedürfnis	162	0,00	4,00	2,14	0,81	.79

Hinsichtlich der Bindungsmuster im Erwachsenenalter können 23,5% der Studienteilnehmer (n=38) als „sicher“ und 23,5% (n=38) als „bedingt-sicher“ klassifiziert werden. Die Häufigkeiten der eher unsicheren Bindungsmuster „ambivalent-verschlossen“, „ambivalent-anklammernd“ und „vermeidend-verschlossen“ sind der nachfolgenden Abbildung 10 zu entnehmen.

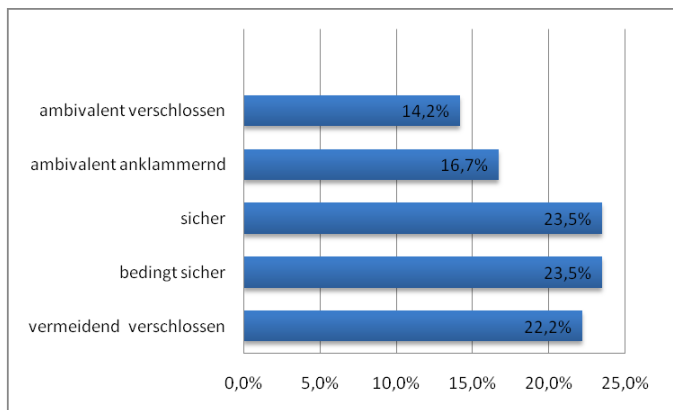


Abbildung 10: *Bindungsmuster im Erwachsenenalter*

Die zusammengefasste Bindungskategorie „sicher“ (sicher, bedingt sicher) wurde in den Hypothesen der vorliegenden Untersuchung den unsicheren Bindungsmustern im Erwachsenenalter (vermeidend, ambivalent) gegenübergestellt. Abbildung 11 zeigt die statistische Verteilung innerhalb der Studienpopulation.

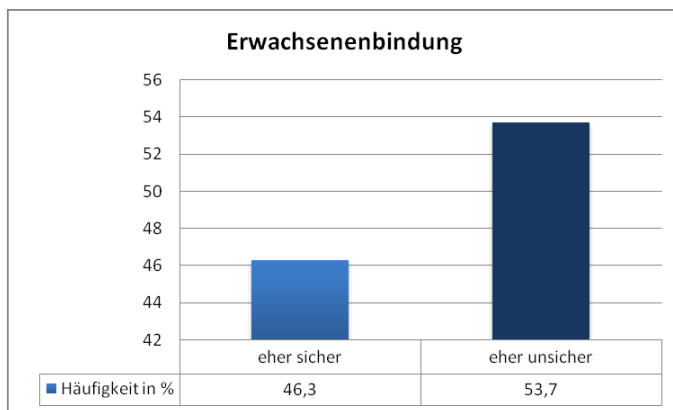


Abbildung 11: *Erwachsenenbindung "sicher" versus "unsicher"*

Die Resilienzausprägung ist im untersuchten Patientenkollektiv mit im Mittel 68,9 von maximal 91 auf der Skala zu erreichenden Punkten relativ hoch, vgl. Tab. 18.

Tabelle 18: *Resilienz - deskriptive Merkmale*

	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Resilienz	164	30,0	91,0	68,9	14,0	.89

Hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale ist die Ausprägung von Gewissenhaftigkeit innerhalb dieser Studienpopulation im Mittel relativ hoch ($M = 2,89$) und jene von Neurotizismus ($M = 1,96$) eher gering. Die mittleren Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale Extraversion, Verträglichkeit und Offenheit für Erfahrungen sind der nachfolgenden Tabelle 19 zu entnehmen.

Tabelle 19: *Deskription der Persönlichkeitsskalen des BFI*

	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Neurotizismus	164	0,00	4,00	1,96	0,84	.69
Gewissenhaftigkeit	164	0,50	4,00	2,89	0,64	.56
Extraversion	163	0,00	4,00	2,21	0,81	.66
Verträglichkeit	164	0,75	4,00	2,31	0,71	.50
Offenheit	164	0,80	3,80	2,56	0,55	.57

Zur Charakterisierung des Essverhaltens positionierten sich die Patienten zu Aussagen, die entweder das Merkmal der Störbarkeit oder der kognitiven Kontrolle erfassten. Hierbei weist die gesamte Studienpopulation im Mittel eher geringe Werte für Störbarkeit und relativ moderate Werte für kognitive Kontrolle auf, vgl. Tab. 20.

Tabelle 20: *Deskription der Skalen zum Essverhalten*

	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Störbarkeit	164	0,00	14,00	4,92	2,99	.71
Kognitive Kontrolle	164	0,00	21,00	11,02	5,13	.86

Innerhalb der Stichprobe mit adipösen Probanden ist die Wahrnehmung sozialer Unterstützung im Mittel ($M = 3,98$) relativ hoch, vgl. Tabelle 21.

Tabelle 21: *Wahrnehmung sozialer Unterstützung - deskriptive Merkmale*

	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
Soziale Unterstützung	164	1,43	5,00	3,98	0,72	.92

Die nachfolgende Tabelle 22 zeigt, dass die Studienteilnehmer im Mittel höhere Werte für bedrohungsmindernde und geringere Werte für bedrohungsfokussierte Bewältigung aufweisen.

Tabelle 22: *Krankheitsbewältigung - deskriptive Merkmale*

	n	Min.	Max.	M.	SD	Alpha
bedrohungsmindernd	164	2,00	5,00	3,75	0,58	.75
bedrohungsfokussiert	164	1,00	4,00	2,19	0,68	.56
zuwendungsorientiert	164	1,00	4,40	2,78	0,67	.68

4.4 Statistische Auswertung

Die erfassten Daten wurden durch einen anonymisierten Patientencode verschlüsselt und in eine Datenmatrix eingegeben. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 17.0, wobei deskriptive und inferenzstatistische Verfahren zur Anwendung kamen. Hierbei wurde das Signifikanzniveau für die inferenzstatistischen Tests auf 5% ($p < 0,05$) festgelegt.

Für intervall- und rationalskalierte Variablen (Alter, BMI etc.) wurden u.a. deskriptive Kennwerte (Minimum, Maximum, Mittelwert, Standardabweichung), für nominalskalierte Variablen wurden Häufigkeiten sowie prozentuale Verteilungen berechnet. Bei der Prüfung der statistischen Häufigkeitsverteilung mittels Kontingenztafel wurde bei einer absoluten Häufigkeit kleiner 20 pro Zelle der exakte Test nach Fisher anstelle des Chi-Quadrat-Tests verwendet, um exaktere Aussagen zur Signifikanz zu treffen. Bei varianzanalytischen Verfahren erfolgte zudem die Durchführung des Levene-Tests zur Prüfung auf Gleichheit der Fehlervarianzen. Bei signifikantem Levene-Test wurde alternativ der nicht-parametrische Mann-Whitney-U-Test zur statistischen Auswertung herangezogen. Zur Prüfung der Hypothese 1 und 5 wurden vor allem Korrelationsanalysen und Prüfungen der statistischen Häufigkeitsverteilung mittels Kontingenztafel durchgeführt, während die Hypothesen 2, 3 und 4 vor allem mittels Korrelationsanalyse sowie univariater und zweifaktorieller Varianzanalyse ausgewertet wurden.

5 Ergebnisse

5.1 Hypothese 1

Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten, Resilienz und Erwachsenenbindungsmuster stehen miteinander in Zusammenhang.

Zur Prüfung der Hypothese 1a, **Negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten ist mit eher unsicheren Erwachsenenbindungsmustern assoziiert**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 23.

Tabelle 23: *Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des FEE und des BFPE*

BFPE-Skalen	FEE-Skalen - Mutter			FEE-Skalen - Vater		
	Strafe	Wärme	Kontrolle	Strafe	Wärme	Kontrolle
Akzeptanzprobleme	.151	-.134	.330**	.394**	-.222*	.336**
Öffnungsbereitschaft	-.127	.250**	-.189*	-.185*	.209*	-.165
Zuwendungsbedürfnis	.130	.063	.182*	.138	.057	.094

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Wie in Tabelle 23 ersichtlich, zeigen sich dabei schwache bis mittlere Korrelationen. Je mehr elterliche Kontrolle und v.a. väterliche Strafe erinnert werden, desto stärker berichten die Personen über Akzeptanzprobleme in der partnerschaftlichen Beziehung. Die Öffnungsbereitschaft ist positiv mit der erinnerten elterlichen Wärme sowie invers mit erinnelter mütterlicher Kontrolle und Überbehütung und väterlicher Ablehnung und Strafe korreliert.

Durch mediane Dichotomisierung der Variablen des FEE und des BFPE wurde anschließend eine Prüfung von statistischen Verteilungshäufigkeiten über eine Kontingenztafel vorgenommen. Bis auf die erinnerte mütterliche Wärme unterscheidet sich die Gruppe mit unsicherem Bindungsmuster von der mit einem sicheren Bindungsmuster signifikant in der Verteilung der erinnerten Dimensionen des elterlichen Erziehungsverhaltens. Ein höherer prozentualer Anteil der Studienteilnehmer weist ein unsicheres im Vergleich zu einem sicheren Bindungsmuster auf, wenn v.a. hohe elterliche Kontrolle und Überbehütung und Ablehnung und Strafe sowie geringe väterliche Wärme erinnert werden, vgl. Tabelle 24.

Tabelle 24: *Statistische Häufigkeitsverteilung - Bindungsmuster in Abhängigkeit des erinnerten elterlichen Erziehungsverhaltens*

FEE-Skalen		Bindungsmuster		Chi ₂ (Pearson)
		sicher	unsicher	
Mütterliche Wärme	gering	44,9 % (n = 40)	55,1% (n = 49)	0,223
	hoch	48,6% (n = 36)	51,4% (n = 38)	
Väterliche Wärme*	gering	37,8% (n = 28)	62,2% (n = 46)	3,927
	hoch	54,7% (n = 35)	45,3% (n = 29)	
Mütterliche Kontrolle**	gering	57,4% (n = 58)	42,6% (n = 43)	12,445
	hoch	29,0% (n = 18)	71,0% (n = 44)	
Väterliche Kontrolle**	gering	57,1% (n = 40)	42,9% (n = 30)	7,560
	hoch	33,8% (n = 23)	66,2% (n = 45)	
Mütterliche Ablehnung*	gering	55,3% (n = 47)	44,7% (n = 38)	5,043
	hoch	37,7% (n = 29)	62,3% (n = 48)	
Väterliche Ablehnung*	gering	62,3% (n = 43)	37,7% (n = 26)	15,450
	hoch	29,0% (n = 20)	71,0% (n = 49)	

*. Der Chi-Quadrat-Test / Exakte Test nach Fisher ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.

**. Der Chi-Quadrat-Test / Exakte Test nach Fisher ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Zur Prüfung der Hypothese 1b, **Positiv erinnertes elterliches Erziehungsverhalten steht in Zusammenhang mit hoher Resilienzausprägung**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 25.

Tabelle 25: *Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des FEE und der Resilienzskala*

	FEE-Skalen - Mutter			FEE-Skalen - Vater		
	Strafe	Wärme	Kontrolle	Strafe	Wärme	Kontrolle
Resilienz	-.105	.192*	-.100	-.107	.193*	.007

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Der Tabelle 25 ist zu entnehmen, dass sowohl die mütterliche als auch die väterliche erinnerte emotionale Wärme signifikant positiv, wenn auch schwach, mit Resilienz korreliert sind.

Varianzanalytisch zeigt sich die deskriptive Tendenz, dass Personen mit relativ hoher erinnelter mütterlicher als auch väterlicher Wärme im Mittel einen höheren Punktwert auf der Resilienzskala erreichen, im Vergleich zu Personen mit eher geringer erinnelter elterlicher Wärme. Diese Zusammenhänge stellen sich dennoch nicht statistisch signifikant dar, vgl. Tabelle 26.

Tabelle 26: ANOVA - Resilienz in Abhängigkeit der erinnerten elterlichen Wärme

		ANOVA			
FEE-dichotomisiert	Resilienz	F	p(F)	η^2	
mütterliche Wärme	gering	M = 67,89 SD = 13,52	F (1,163) = 0,932	n.s.	.006
	hoch	M = 70,02 SD = 14,53			
väterliche Wärme	gering	M = 68,16 SD = 14,36	F (1,138) = 1,15	n.s.	.008
	hoch	M = 70,70 SD = 13,32			

Zur Prüfung der Hypothese 1c, **Ein sicheres Bindungsmuster steht mit hoher Resilienz in Zusammenhang**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt. Danach sind die adipösen Studienteilnehmer umso resilienter, je höher deren Öffnungsbereitschaft und je geringer deren Akzeptanzprobleme ausgeprägt sind, vgl. Tabelle 27.

Tabelle 27: Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des BFPE und der Resilienzskala

BFPE-Skalen			
	Akzeptanzprobleme	Öffnungsbereitschaft	Zuwendungsbedürfnis
Resilienz	-.251**	.263**	.002

**** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.**

Anschließend erfolgte über die Kontingenztafel eine Prüfung der statistischen Häufigkeitsverteilung mit Hilfe der dichotomisierten Variablen von Resilienz und Bindungsmuster. Dabei zeigt sich, dass ein signifikant höherer prozentualer Anteil der Studienteilnehmer mit sicherem Bindungsmuster im Vergleich zu denen mit unsicherem Bindungsmuster eine eher hohe Resilienz aufweist ($\chi^2 = 15,078$, $p = .000$), vgl. Abbildung 12.

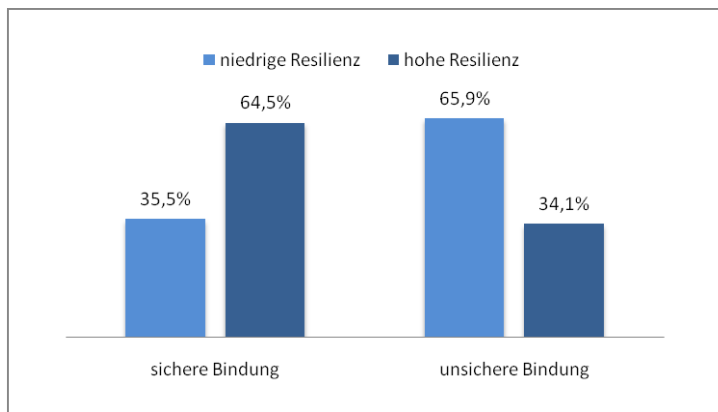


Abbildung 12: Ausprägung der Resilienz in Abhängigkeit vom Bindungsmuster

5.2 Hypothese 2

Bindungsmuster, Resilienz und Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen stehen in Zusammenhang mit Essverhalten und Adipositas (BMI).

Zur Prüfung der Hypothese 2a, **Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz stehen mit hoher Gewissenhaftigkeit und geringem Neurotizismus in Zusammenhang**, wurden zunächst Mittelwertvergleiche mittels univariater Varianzanalyse durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass sowohl sicher gebundene als auch hochresiliente Patienten im Mittel signifikant niedrigere Werte für Neurotizismus und signifikant höhere Werte für Gewissenhaftigkeit aufweisen, vgl. Tab. 28.

Tabelle 28: ANOVA - Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit jeweils in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz

ANOVA		Neurotizismus	Gewissenhaftigkeit
Bindungsmuster	sicher	M = 1,71 SD = 0,84	M = 3,13 SD = 0,61
	unsicher	M = 2,17 SD = 0,77	M = 2,67 SD = 0,57
		F (1,164) = 12,87 p(F) = .000 $\eta^2 = .074$	F (1,164) = 24,20 p(F) = .000 $\eta^2 = .130$
Resilienz	gering	M = 2,16 SD = 0,84	M = 2,70 SD = 0,57
	hoch	M = 1,73 SD = 0,77	M = 3,09 SD = 0,63
		F (1,164) = 11,55 p(F) = .001 $\eta^2 = .067$	F (1,164) = 17,03 p(F) = .000 $\eta^2 = .095$

Um den gemeinsamen Einfluss von Bindungsmuster und Resilienz auf die Ausprägung von Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit zu untersuchen, wurden jeweils zweifaktorielle Varianzanalysen durchgeführt.

Für Neurotizismus als abhängige Variable zeigt sich dabei ein signifikanter Haupteffekt für das Bindungsmuster, $F(1,164) = 7,35$, $p = .007$, $\eta^2 = .044$. Resilienz stellt sich mit etwas geringerer Effektstärke ebenfalls signifikant dar, $F(1,164) = 6,25$, $p = .013$, $\eta^2 = .038$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .274$, n.s., $\eta^2 = .002$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz die geringste Ausprägung von Neurotizismus aufweisen ($M = 1,57$, $SD = 0.78$), vgl. Abbildung 13.

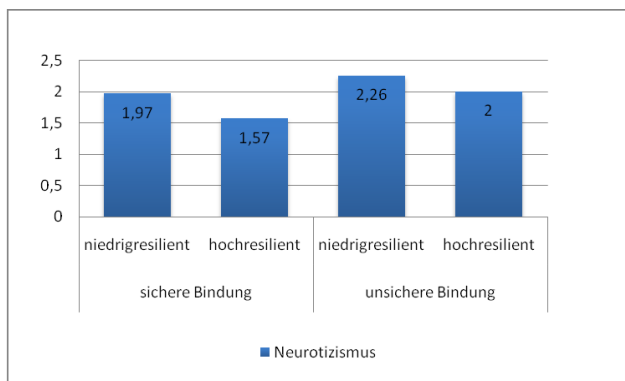


Abbildung 13: *Zweifaktorielle Varianzanalyse - Neurotizismus in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz*

Für Gewissenhaftigkeit als abhängige Variable ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Haupteffekt für das Bindungsmuster, $F(1,164) = 15,21$, $p = .000$, $\eta^2 = .087$. Resilienz stellt sich erneut als signifikanter Zweitfaktor mit geringerer Effektstärke dar, $F(1,164) = 8,67$, $p = .004$, $\eta^2 = .051$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich keine signifikante Interaktion, $F(1,164) = .040$, n.s., $\eta^2 = .003$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz die höchste Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit aufweisen ($M = 3,26$, $SD = 0.57$), vgl. Abbildung 14.

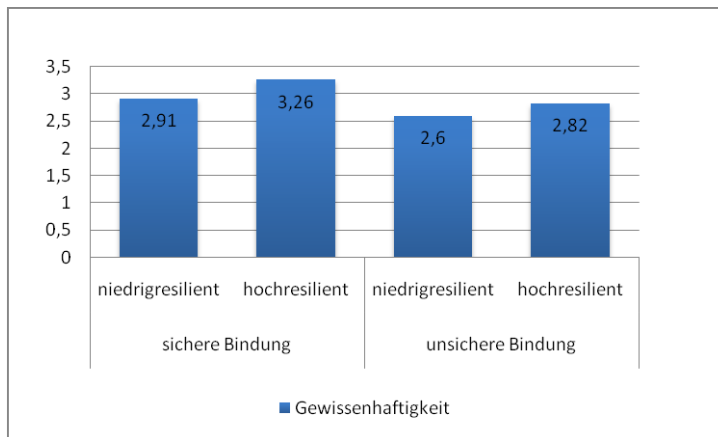


Abbildung 14: Zweifaktorielle Varianzanalyse - Gewissenhaftigkeit in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz

Zur Prüfung der Hypothese 2b, **Ein unsicheres Bindungsmuster und geringe Resilienz stehen in Zusammenhang mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 29.

Tabelle 29: Korrelationsanalyse zwischen der Resilienzskala, den Skalen des FEE und BFPE und den Skalen des FEV

		Störbarkeit	kognitive Kontrolle
FEE-Skalen	Väterliche Strafe	.270**	-.053
	Mütterliche Strafe	.131	-.044
	Väterliche Kontrolle	.066	.122
	Mütterliche Kontrolle	.124	.114
	Väterliche Wärme	-.170*	.091
	Mütterliche Wärme	-.002	.065
BFPE-Skalen	Akzeptanzprobleme	.179*	-.056
	Öffnungsbereitschaft	-.036	.050
	Zuwendungsbedürfnis	.034	-.014
Resilienz		-.221**	.227**

* Die Korrelation (Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation (Pearson) ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Je stärker die Patienten väterliche Ablehnung und Strafe erinnern oder über Akzeptanzprobleme berichten, desto stärker ist die Ausprägung der Störbarkeit des Essverhaltens. Erinnerter väterliche Wärme und Resilienz sind hingegen invers mit der Störbarkeit korreliert. Während die kognitive Kontrolle weder zu den FEE-Skalen noch zu den BFPE-Skalen einen Zusammenhang zeigt, ergibt sich eine signifikant positive Korrelation zur Resilienz.

Die Zusammenhänge zwischen den Erwachsenenbindungsmustern (sicher versus unsicher) und der Störbarkeit sowie der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens wurden jeweils mittels univariater Varianzanalyse geprüft und stellen sich nicht statistisch signifikant dar. Dennoch zeigt sich zumindest für die Störbarkeit deskriptiv, dass Patienten mit unsicherem Bindungsmuster im Mittel höhere Werte hinsichtlich der Störbarkeit aufweisen, vgl. Tabelle 30.

Tabelle 30: ANOVA – Essverhalten in Abhängigkeit vom Bindungsmuster

ANOVA		Störbarkeit	kognitive Kontrolle
Bindungsmuster	sicher	M = 4,60 SD = 2,57	M = 11,06 SD = 5,20
	unsicher	M = 5,20 SD = 3,30	M = 10,98 SD = 5,10
		F (1,164) = 1.64 p(F) = n.s. $\eta^2 = .010$	F (1,164) = .009 p(F) = n.s. $\eta^2 = .000$

Zur Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Resilienz und kognitiver Kontrolle wurde ebenfalls ein Mittelwertvergleich mittels univariater Varianzanalyse durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass hochresiliente Patienten im Mittel signifikant höhere Werte für kognitive Kontrolle (M = 11,93, SD = 5,17) im Vergleich zu Patienten mit niedriger Resilienzausprägung (M = 10,17, SD = 4,98) aufweisen, $F(1,164) = 4,93$, $p = .028$, $\eta^2 = .030$. Andererseits verifiziert sich über den Mann-Whitney-U-Test, dass hochresiliente Patienten im Mittel signifikant geringere Werte für Störbarkeit (M = 4,26, SD = 3,26) im Vergleich zu Patienten mit niedriger Resilienz (M = 5,54, SD = 2,53) zeigen ($U = 2685$, $p = .021$).

Zur Prüfung der Hypothese 2c, **Erhöhter Neurotizismus und geringe Gewissenhaftigkeit stehen mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens sowie mit einem erhöhten BMI in Zusammenhang**, wurden zunächst Korrelationsanalysen zwischen den einzelnen Variablen durchgeführt, vgl. Tabelle 31.

Tabelle 31: Korrelationsanalyse zwischen Persönlichkeitsfaktoren, Essverhalten und BMI

	Störbarkeit	Kognitive Kontrolle	BMI
Neurotizismus	.196*	-.043	-.038
Gewissenhaftigkeit	-.154*	.122	-.093
BMI	.197*	.029	

* Die Korrelation (Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Die Störbarkeit des Essverhaltens weist signifikant positive Korrelationen zu Neurotizismus und BMI auf, während Gewissenhaftigkeit und Störbarkeit signifikant negativ korrelieren. Zwischen Neurotizismus und BMI ergibt sich kein direkter linearer Zusammenhang. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens korreliert weder mit dem BMI noch mit Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit signifikant. Dennoch scheint sich ein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und kognitiver Kontrolle und ein negativer Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und BMI anzudeuten, weshalb anschließend jeweils eine univariate Varianzanalyse durchgeführt wurde. Dabei ist aus Abbildung 15 ersichtlich, dass Patienten mit höherer Gewissenhaftigkeit im Vergleich zu Personen mit geringer Gewissenhaftigkeit im Mittel eine signifikant höhere kognitive Kontrolle aufweisen, $F(1,164)$, $p = .011$, $\eta^2 = .039$.

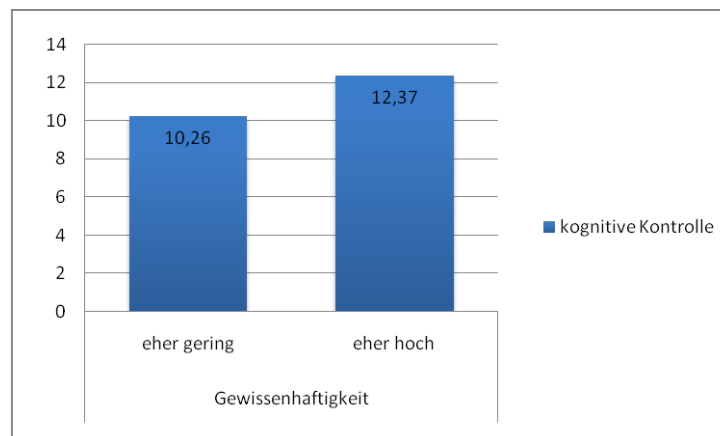


Abbildung 15: Kognitive Kontrolle in Abhängigkeit der Ausprägung von Gewissenhaftigkeit

Patienten mit geringer Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit haben im Mittel einen signifikant höheren BMI im Vergleich zu Personen mit höherer Gewissenhaftigkeit ($F(1,164)$, $p = .031$, $\eta^2 = .029$), vgl. Abbildung 16.

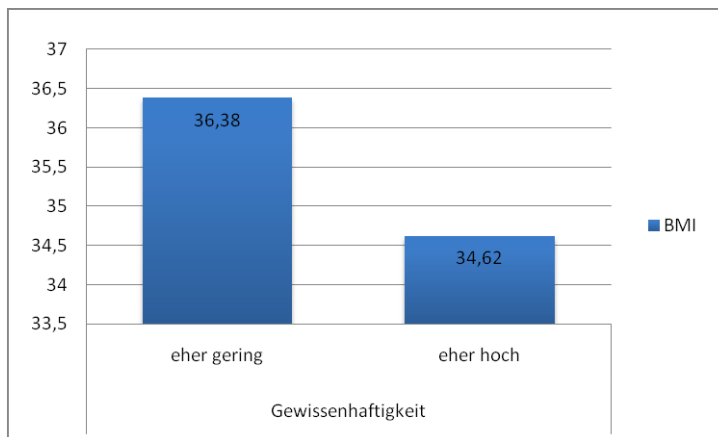


Abbildung 16: BMI in Abhängigkeit der Ausprägung von Gewissenhaftigkeit

Zur Prüfung der Hypothese 2d, **Ein unsicheres Bindungsmuster und niedrige Resilienz stehen in Zusammenhang mit einem hohen BMI**, wurden zunächst univariate Varianzanalysen durchgeführt.

Betrachtet man dabei den BMI in Abhängigkeit von den Bindungskategorien „sicher“ versus „unsicher“, zeigt sich, dass Patienten mit eher unsicherem Bindungsmuster im Mittel einen signifikant höheren BMI aufweisen ($F(1,164) = 4,75$, $p = .031$, $\eta^2 = .029$), vgl. Abbildung 17.

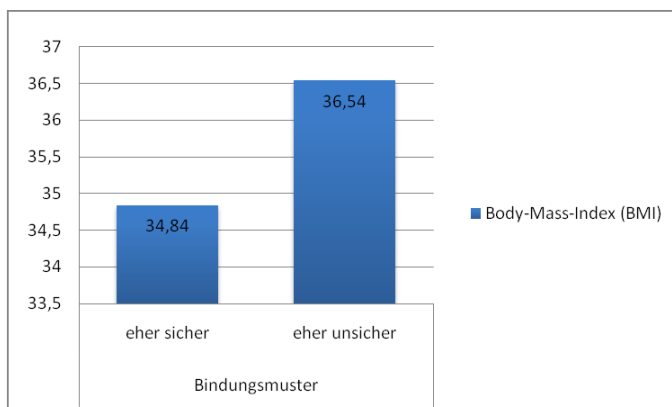


Abbildung 17: BMI in Abhängigkeit des Bindungsmusters

Hinsichtlich der Höhe des BMI zeigt sich im Mittel kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit niedriger Resilienz ($M = 35,96$, $SD = 5,0$) und denen mit hoher Resilienz ($M = 35,53$, $SD = 5,0$), $F(1,164) = .294$, n.s., $\eta^2 = .002$.

Dennoch deutet sich bei der Prüfung der statistischen Häufigkeitsverteilung über die Kontingenztafel die deskriptive Tendenz an, dass ein prozentual höherer Anteil der Patienten eine Adipositas Grad 2 oder 3 aufweist, wenn eine niedrige im

Vergleich zu einer hohen Resilienz vorliegt ($\chi^2 = 2,588$, $p = .073$, n.s.), vgl. Abbildung 18.

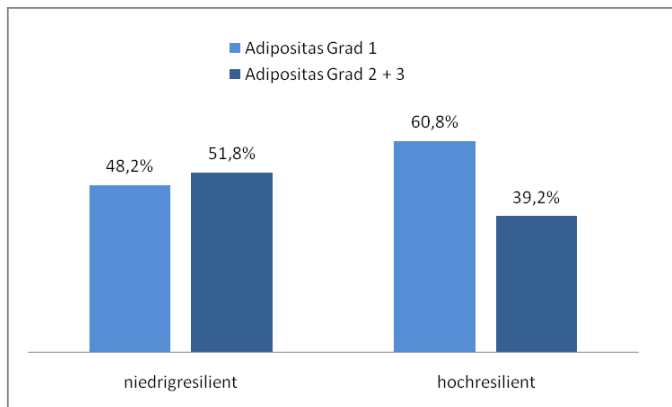


Abbildung 18: Verteilung der Adipositasgrade in Abhängigkeit der Resilienzausprägung

5.3 Hypothese 3

Bindungsmuster, Resilienz, Adipositas-spezifische Gesamtbelastung und Krankheitsbewältigung stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit.

Zur Prüfung der Hypothese 3a, **Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz sind mit eher geringer Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung und einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert**, wurden zweifaktorielle und univariate Varianzanalysen durchgeführt.

In der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Bindungsmuster und Resilienz als unabhängigen Variablen und Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung als abhängiger Variable zeigt sich für das Bindungsmuster ein signifikanter Haupteffekt, $F(1,148) = 5,42$, $p = .021$, $\eta^2 = .036$. Resilienz stellt sich in diesem Zusammenhang nicht signifikant dar, $F(1,148) = 1,14$, n.s., $\eta^2 = .008$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1,148) = .947$, n.s., $\eta^2 = .007$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz im Mittel die niedrigste Adipositas-spezifische Gesamtbelastung aufweisen ($M = 6,37$, $SD = 2,09$), vgl. Abbildung 19.

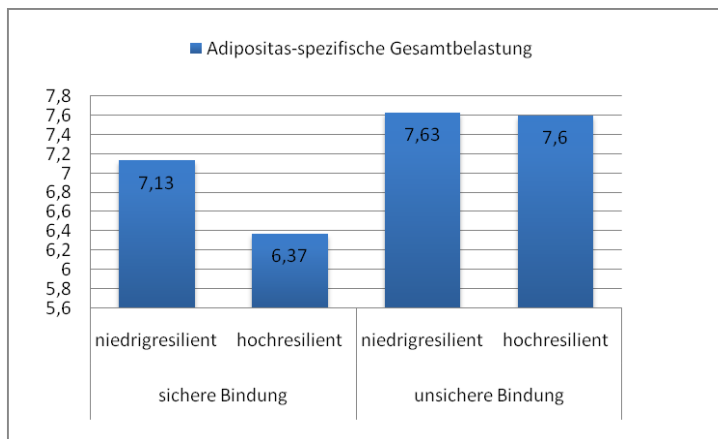


Abbildung 19: Zweifaktorielle Varianzanalyse - Adipositas-spezifische Gesamtbelastung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz

Weiterhin zeigte sich varianzanalytisch, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster ihre körperliche Gesundheit im Mittel signifikant besser einschätzen ($M = 41,55$, $SD = 7,83$), im Vergleich zu Patienten mit eher unsicherem Bindungsmuster ($M = 39,10$, $SD = 6,57$), $F(1,164) = 4,72$, $p = .031$, $\eta^2 = .028$. Während sich Patienten mit hoher Resilienz in ihrem Punktwert auf der körperlichen Summenskala ($M = 41,15$, $SD = 7,71$) im Mittel deskriptiv, aber nicht signifikant, von niedrigresilienten Patienten unterscheiden ($M = 39,38$, $SD = 6,75$), $F(1,164) = 2,46$, $p = \text{n.s.}$, $\eta^2 = .015$.

Zur Prüfung der Hypothese 3b, **Ein hoher BMI sowie hohe Adipositas-spezifische Gesamtbelastung sind mit einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit verbunden**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 32.

Tabelle 32: Korrelationsanalyse zwischen BMI und Gesamtbelastung und der körperlichen Summenskala des SF-12

	Körperliche Gesundheit (SF-12 körperlich)
BMI	-.187*
Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	-.398**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (2-seitig) signifikant.

Dabei wird deutlich, dass die Patienten ihre eigene körperliche Gesundheit mit steigendem BMI zunehmend schlechter einschätzen. Diese subjektiv empfundene Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit zeigt sich noch viel stärker bei

zunehmender Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung, bei der neben dem BMI noch die Anzahl an Folgeerkrankungen, die Kreislaufbelastung, die allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und der Bewegung sowie die Sorgen um die eigene Gesundheit erfasst werden.

Anschließend wurde die körperliche Gesundheit varianzanalytisch in Abhängigkeit der Adipositasgrade nach WHO betrachtet. Danach weisen Patienten mit Adipositas Grad 2 und 3 im Mittel einen signifikant geringeren Punktwert auf der körperlichen Summenskala auf, im Vergleich zu Patienten mit Adipositas Grad 1 ($F(1,164) = 6,11$, $p = .014$, $\eta^2 = .036$), vgl. Abbildung 20.

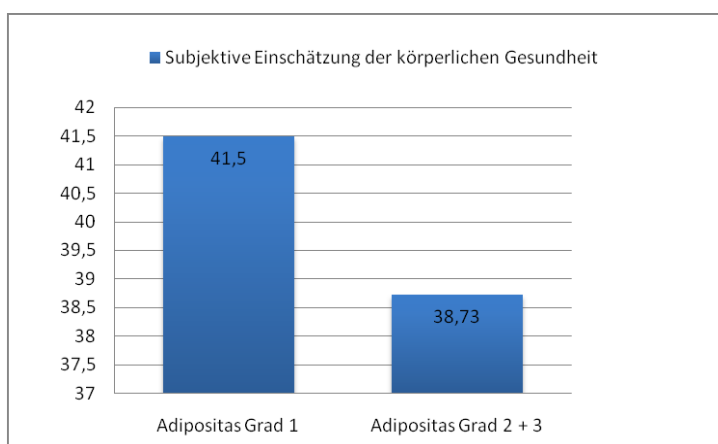


Abbildung 20: Körperliche Gesundheit in Abhängigkeit der Adipositasgrade

Zur Prüfung der Hypothese 3c, **Hohe bedrohungs-fokussierte und geringe bedrohungs-mindernde Bewältigung stehen mit starker Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung sowie einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit in Zusammenhang**, wurde eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 33.

Tabelle 33: Korrelationsanalyse zwischen Krankheitsbewältigung, Gesamtbelastung und Einschätzung der körperlichen Gesundheit

	Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	SF-12 körperlich
bedrohungs-mindernde Bewältigung	-.185*	.179*
bedrohungs-fokussierte Bewältigung	.230**	-.144

* Die Korrelation (Pearson) ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation (Pearson) ist auf dem 0,01 Niveau (2-seitig) signifikant.

Dabei ergibt sich, dass die bedrohungs-fokussierte Bewältigung signifikant positiv mit der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung korreliert, während sich zur subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit ein negativer, nicht signifikanter, Zusammenhang andeutet. Zudem geht eine geringe bedrohungs-mindernde Bewältigung mit einer hohen Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung sowie einer schlechteren Einschätzung der körperlichen Gesundheit einher.

Zur Prüfung der Hypothese 3d, **Bindungssicherheit und hohe bedrohungs-mindernde Bewältigung sind mit einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert**, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse durchgeführt.

Für die subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit zeigt sich für die bedrohungs-mindernde Bewältigung ein signifikanter Haupteffekt, $F(1,64) = 5,42$, $p = .021$, $\eta^2 = .033$. Das Erwachsenenbindungsmuster stellt sich mit geringerer Effektstärke ebenfalls signifikant dar, $F(1,164) = 3,87$, $p = .05$, $\eta^2 = .024$. Zwischen den beiden unabhängigen Variablen ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .238$, n.s., $\eta^2 = .001$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher bedrohungs-mindernder Bewältigung ihre körperliche Gesundheit im Mittel am besten einschätzen ($M = 42,44$ $SD = 7.45$), vgl. Abbildung 21.

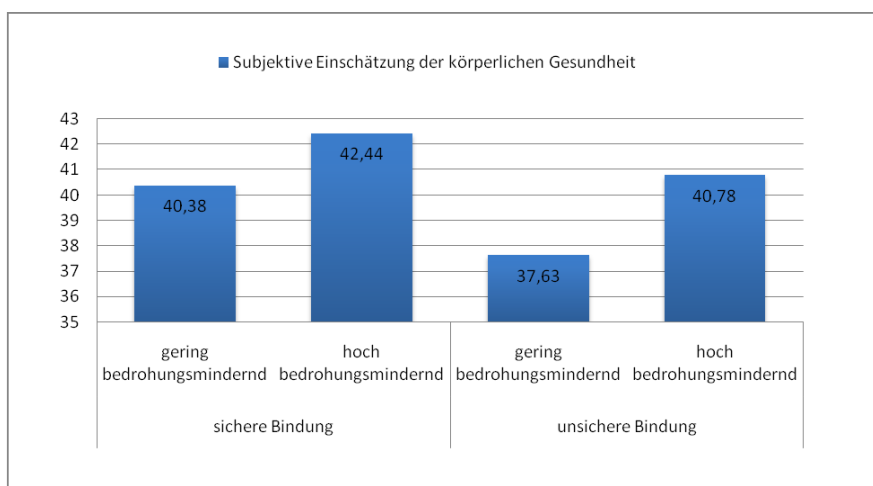


Abbildung 21: Körperliche Gesundheit in Abhängigkeit von Bindung und Bewältigung

5.4 Hypothese 4

Bindungsmuster, Resilienz, wahrgenommene soziale Unterstützung, Krankheitsbewältigung und Adipositas stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Zur Prüfung der Hypothese 4a, **Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz nehmen soziale Unterstützung stärker wahr und wählen eher bedrohungsmindernde als bedrohungsfokussierte Krankheitsbewältigungsstrategien**, wurden jeweils zweifaktorielle Varianzanalysen mit den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz und den Zielvariablen „wahrgenommene soziale Unterstützung“, „bedrohungsmindernde“ und „bedrohungsfokussierte“ Krankheitsbewältigung durchgeführt.

Für „wahrgenommene soziale Unterstützung“ als abhängige Variable zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für das Bindungsmuster, $F(1,164) = 21,53$, $p = .000$, $\eta^2 = .119$. Resilienz stellt sich mit geringerer Effektstärke ebenfalls signifikant dar, $F(1,164) = 9,80$, $p = .002$, $\eta^2 = .058$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .164$, n.s., $\eta^2 = .001$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz im Mittel die höchste soziale Unterstützung wahrnehmen ($M = 4,43$ $SD = 0.58$), vgl. Abbildung 22.

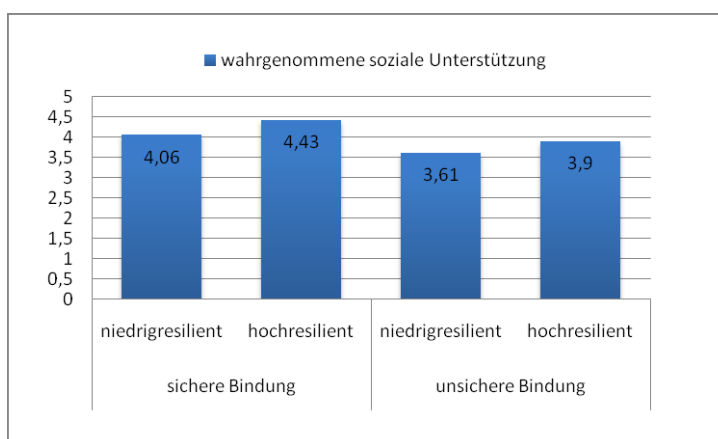


Abbildung 22: Soziale Unterstützung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz

Für „bedrohungsmindernde Bewältigung“ als abhängige Variable zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für Resilienz, $F(1,164) = 10,81$, $p = .001$, $\eta^2 = .063$. Das Bindungsmuster stellt sich in diesem Zusammenhang nicht signifikant dar, F

(1,164) = .203, n.s., $\eta^2 = .001$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .105$, n.s., $\eta^2 = .001$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz im Mittel am stärksten bedrohungsmindernd bewältigen ($M = 3,92$, $SD = 0.59$), vgl. Abbildung 23.

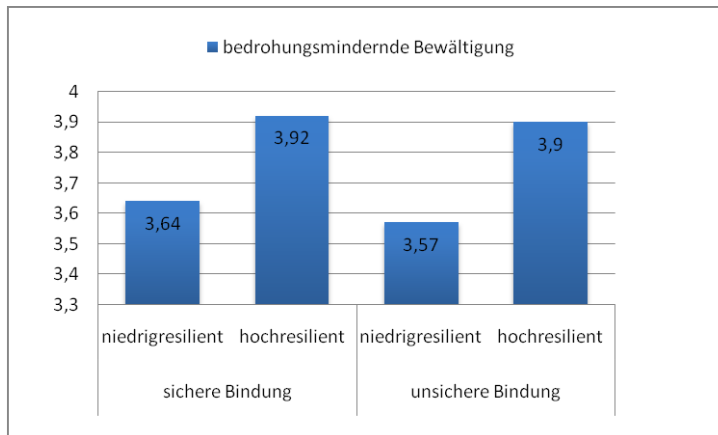


Abbildung 23: *Bedrohungsmindernde Bewältigung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz*

Für „bedrohungsfokussierte Bewältigung“ als abhängige Variable zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für das Bindungsmuster, $F(1,164) = 23,54$, $p = .000$, $\eta^2 = .128$. Resilienz stellt sich in diesem Zusammenhang nur tendenziell signifikant dar, $F(1,164) = 3,48$, $p = .065$, $\eta^2 = .021$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .172$, n.s., $\eta^2 = .003$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz im Mittel am geringsten bedrohungsfokussiert bewältigen ($M = 1,80$, $SD = 0.51$), vgl. Abbildung 24.

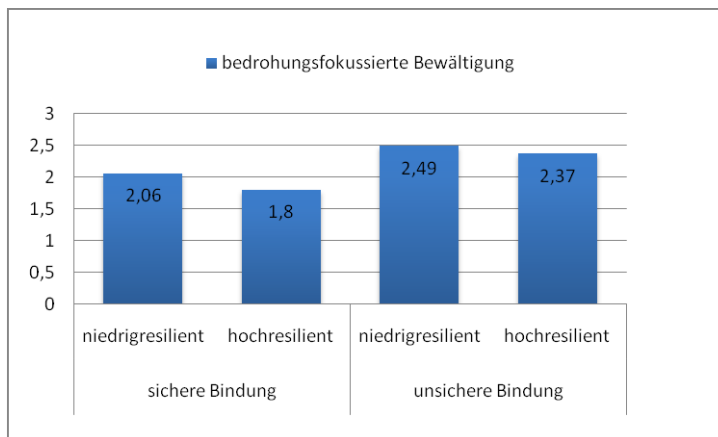


Abbildung 24: *Bedrohungsfokussierte Bewältigung in Abhängigkeit von Bindungsmuster und Resilienz*

Zur Prüfung der Hypothese 4b, **Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz stehen in Zusammenhang mit guter psychischer Gesundheit**, wurden zunächst univariate Varianzanalysen durchgeführt.

Dabei zeigt sich, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster im Mittel einen signifikant höheren Punktwert auf der psychischen Summenskala des SF-12 erreichen ($M = 45,91$, $SD = 5,57$), im Vergleich zu Patienten mit unsicherem Bindungsmuster ($M = 43,54$, $SD = 6,64$), $F(1,164) = 6,01$, $p = .015$, $\eta^2 = .036$. Ebenso schätzen Patienten mit hoher Resilienz ihre eigene psychische Gesundheit im Mittel signifikant besser ein ($M = 46,11$, $SD = 6,07$), als niedrigresiliente Patienten ($M = 43,27$, $SD = 6,16$), $F(1,164) = 8,84$, $p = .003$, $\eta^2 = .052$.

In der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Bindungsmuster und Resilienz als unabhängige Variablen und psychischer Gesundheit als abhängiger Variable zeigt sich für Resilienz ein signifikanter Haupteffekt, $F(1,164) = 5,31$, $p = .022$, $\eta^2 = .032$. Das Bindungsmuster stellt sich in diesem Zusammenhang nicht signifikant dar, $F(1,164) = 2,74$, n.s., $\eta^2 = .017$. Zwischen den unabhängigen Variablen Bindungsmuster und Resilienz ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion, $F(1, 164) = .216$, n.s., $\eta^2 = .001$. Dennoch zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz ihre eigene psychische Gesundheit im Mittel am besten einschätzen ($M = 46,57$, $SD = 5.42$), vgl. Abbildung 25.

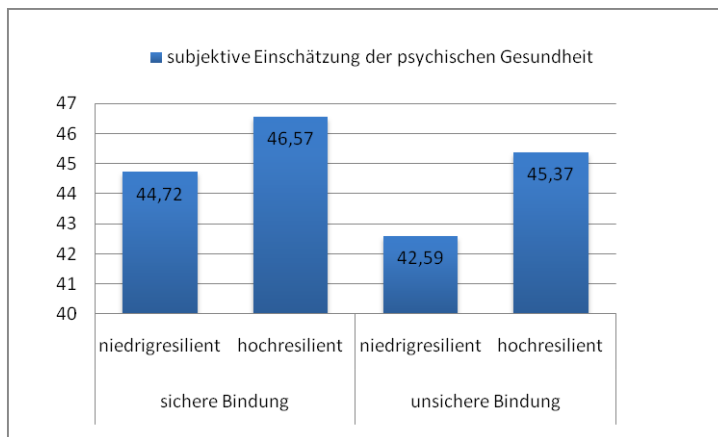


Abbildung 25: Psychische Gesundheit in Abhängigkeit von Bindung und Resilienz

Zur Prüfung der Hypothese 4c, **Hohe wahrgenommene soziale Unterstützung und bedrohungsmindernde Bewältigung stehen in Zusammenhang mit guter psychischer Gesundheit sowie geringer Depressivität und Angst**, wurden Korrelationsanalysen zwischen den einzelnen Variablen durchgeführt, vgl. Tabelle 34.

Tabelle 34: Korrelationsanalyse zwischen Sozialer Unterstützung, Krankheitsbewältigung, psychischer Gesundheit sowie Depressivität und Angst

	SF-12 psychisch	Depressivität	Angst
Soziale Unterstützung	.096	-.313**	-.219**
bedrohungsmindernde Bewältigung	.111	-.310**	-.151
bedrohungsfokussierte Bewältigung	-.261**	.442**	.605**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Aus Tabelle 34 ist dabei ersichtlich, dass die subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit positiv, dennoch nicht signifikant, mit der Wahrnehmung sozialer Unterstützung sowie mit bedrohungsmindernder Bewältigung korreliert ist, während zur bedrohungsfokussierten Bewältigung eine signifikant negative Korrelation besteht. Weiterhin korrelieren soziale Unterstützung und bedrohungsmindernde Bewältigung signifikant negativ mit Depressivität und Angst, während bedrohungsfokussierte Bewältigung stark positiv und signifikant mit Depressivität und Angst in Zusammenhang steht.

Während sich in der Korrelationsanalyse keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der psychischen Gesundheit und der bedrohungsmindernden Bewältigung sowie der sozialen Unterstützung ergeben, zeigt sich varianzanalytisch, dass

Patienten mit hoher wahrgenommener sozialer Unterstützung im Mittel einen signifikant höheren Punktwert auf der psychischen Summenskala des SF-12 erreichen ($M = 45,95$, $SD = 6,19$), im Vergleich zu Patienten mit geringer wahrgenommener sozialer Unterstützung ($M = 43,50$, $SD = 6,14$), $F(1,164) = 6,44$, $p = .012$, $\eta^2 = .038$. Ebenso schätzen Patienten, die stark bedrohungs-mindernd bewältigen, ihre eigene psychische Gesundheit im Mittel signifikant besser ein ($M = 45,80$, $SD = 6,19$), als Patienten mit geringer bedrohungs-mindernder Bewältigung ($M = 43,68$, $SD = 6,19$), $F(1,164) = 4,76$, $p = .030$, $\eta^2 = .029$.

Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Krankheitsbewältigung, zeigt sich, dass mit zunehmender Wahrnehmung sozialer Unterstützung die bedrohungs-mindernde Bewältigung signifikant zu- und die bedrohungs-fokussierte Bewältigung abnimmt, vgl. Tabelle 35.

Tabelle 35: *Korrelationsanalyse zwischen Sozialer Unterstützung und Bewältigung*

	Krankheitsbewältigung	
	bedrohungs-mindernd	bedrohungs-fokussiert
Soziale Unterstützung	.265**	-.227**

**** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).**

Zur Prüfung der Hypothese 4d, **Patienten mit hohem BMI, starker bedrohungs-fokussierter Bewältigung und einer geringen Wahrnehmung sozialer Unterstützung schätzen ihre eigene psychische Gesundheit eher schlecht ein**, wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 36.

Tabelle 36: *Regressionsanalyse mit psychischer Gesundheit als abhängiger Zielvariable*

Regression: $F(3,163) = 7,043$, $R^2 = .100$, $p = .000$		
Prädiktoren	β	p-Wert
BMI	-.097	n.s.
Soziale Unterstützung	.167	.028
Bedrohungs-fokussierte Bewältigung	-.255	.001

Dabei ergibt sich innerhalb des Gesamtmodells vor allem für die bedrohungs-fokussierte Bewältigung ein signifikanter Haupteffekt auf die psychische Gesundheit. Danach ist die Einschätzung der psychischen Gesundheit umso

schlechter, je stärker die Patienten bedrohungsfokussiert bewältigen. Weiterhin zeigt die wahrgenommene soziale Unterstützung einen signifikant positiven Effekt auf die psychische Gesundheit, während sich der BMI innerhalb des Gesamtmodells nicht signifikant darstellt.

Betrachtet man ergänzend Bewältigungsverhalten, wahrgenommene soziale Unterstützung und psychische Gesundheit im Zusammenhang mit dem BMI, ergeben sich die in der Tabelle 37 dargestellten Korrelationen.

Tabelle 37: *Korrelationsanalyse zwischen Bewältigung, Sozialer Unterstützung, psychischer Gesundheit und BMI*

	BMI
Bedrohungsmindernde Bewältigung	-.205*
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	.181*
Soziale Unterstützung	-.036
SF-12 psychisch	-.117

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Dabei zeigt sich, dass die bedrohungsmindernde Bewältigung mit zunehmendem BMI signifikant abnimmt, während die bedrohungsfokussierte Bewältigung signifikant ansteigt. Zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und dem BMI zeigt sich letztlich kein signifikanter Zusammenhang. Bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit deutet sich ein negativer Zusammenhang zum BMI an. Im Gegensatz zum BMI zeigt die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung eine signifikant negative Korrelation zur subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit, vgl. Tabelle 38.

Tabelle 38: *Korrelationsanalyse zwischen Gesamtbelastung und psychischer Gesundheit*

	Psychische Gesundheit (SF-12 psychisch)
Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	-.139*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant

5.5 Hypothese 5

Bindungsmuster, Resilienz, Krankheitsbewältigung und Adipositas stehen in Zusammenhang mit Depressivität und Angst

Zur Prüfung der Hypothese 5a, **Negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten steht in Zusammenhang mit erhöhter Depressivität und Angst**, wurde zunächst eine Korrelationsanalyse durchgeführt, vgl. Tabelle 39.

Tabelle 39: *Korrelationsanalyse zwischen den Skalen des FEE und des HADS-D*

FEE-Skalen		Skalen der HADS-D	
		Depressivität	Angst
Mutter	Emotionale Wärme	-.076	.063
	Kontrolle und Überbehütung	.182*	.363**
	Ablehnung und Strafe	.115	.159*
Vater	Emotionale Wärme	-.132	.002
	Kontrolle und Überbehütung	.163	.322**
	Ablehnung und Strafe	.266**	.278**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Aus Tabelle 39 ist ersichtlich, dass hohe erinnerte mütterliche Kontrolle und Überbehütung sowie vor allem hohe erinnerte väterliche Ablehnung und Strafe signifikant positiv mit Depressivität korreliert sind, während sich bei den anderen Skalen des FEE keine signifikanten linearen Zusammenhänge ergeben. Weiterhin zeigt sich, dass erinnerte mütterliche und väterliche Kontrolle und Überbehütung sowie erinnerte elterliche Ablehnung und Strafe für die adipösen Studienteilnehmer hinsichtlich erhöhter Ängstlichkeit relevant sind.

Zur Prüfung der Hypothese 5b, **Patienten mit sicherem Bindungsmuster sowie hoher Resilienz werden in Bezug auf Depressivität und Angst weniger häufig als auffällig klassifiziert**, wurden jeweils Prüfungen der statistischen Häufigkeitsverteilung mittels Kontingenztafel durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass ein signifikant geringerer prozentualer Anteil an adipösen Patienten in Bezug auf Depressivität ($\chi^2 = 6,041$, $p = .011$) und Angst ($\chi^2 = 7,357$, $p = .005$) als auffällig klassifiziert werden kann, wenn ein sicheres im Vergleich zu einem unsicheren Bindungsmuster vorliegt, vgl. Abbildung 26.

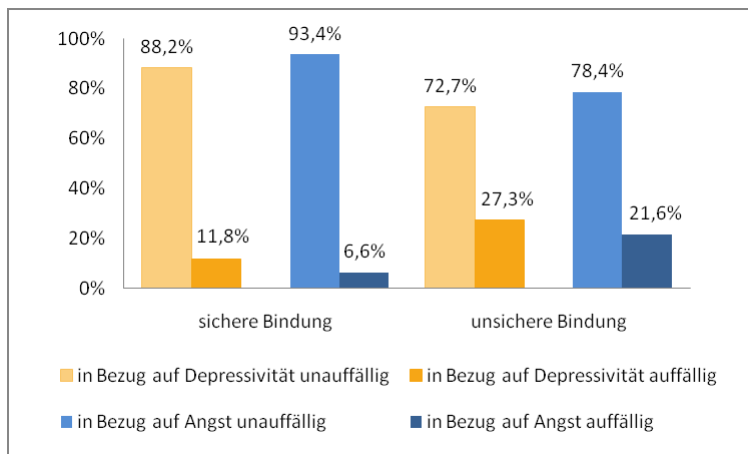


Abbildung 26: *Depressivität und Angst in Abhängigkeit vom Bindungsmuster*

Ebenso ist ein signifikant geringerer prozentualer Anteil an Patienten der in Bezug auf Depressivität ($\chi^2 = 5,283$, $p = .017$) sowie in Bezug auf Angst ($\chi^2 = 4,067$, $p = .035$) „auffälligen“ Gruppe zuzuordnen, wenn eine hohe im Vergleich zu einer niedrigen Ausprägung von Resilienz vorliegt, vgl. Abbildung 27.

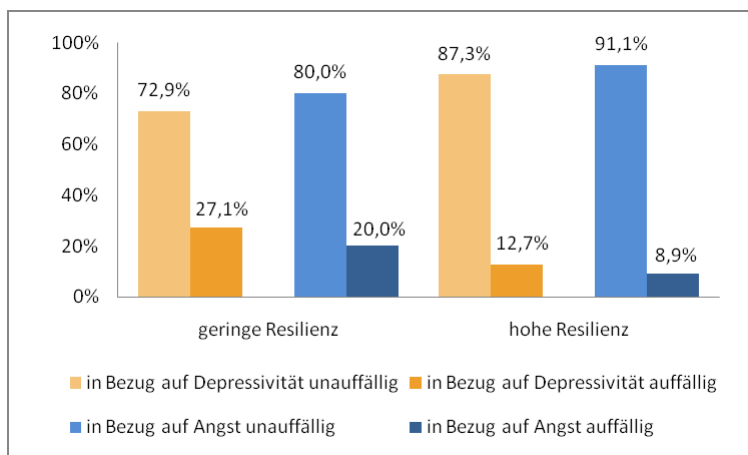


Abbildung 27: *Depressivität und Angst in Abhängigkeit der Resilienzausprägung*

Zur Prüfung der Hypothese 5c, **Ein hoher BMI bzw. eine starke Adipositas-spezifische Gesamtbelastung sowie hohe bedrohungs-fokussierte Bewältigung stehen mit erhöhter Depressivität und Angst in Zusammenhang**, wurden zunächst Korrelationsanalysen durchgeführt, vgl. Tabelle 40.

Tabelle 40: *Korrelationsanalyse zwischen BMI, Gesamtbelastung, Bewältigung und Depressivität und Angst*

	Depressivität	Angst
BMI	.158*	.083
Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	.280**	.169*
bedrohungs-mindernde Bewältigung	-.310**	-.151
bedrohungs-fokussierte Bewältigung	.442**	.605**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Dabei zeigt sich, dass ein zunehmender BMI mit erhöhter Depressivität signifikant positiv korreliert. Während sich dieser positive Zusammenhang zur Depressivität bei der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung noch verstärkt, ergibt sich zusätzlich ein signifikanter Zusammenhang mit erhöhter Ängstlichkeit. Weiterhin wird deutlich, dass die Patienten v.a. dann erhöhte Depressivität und Angst aufweisen, wenn sie in hohem Maße bedrohungs-fokussiert bewältigen.

Betrachtet man die Klassifizierung der Patienten bezüglich Depressivität („auffällig“ versus „unauffällig“) in Abhängigkeit der Adipositasgrade, zeigt sich, dass ein signifikant größerer prozentualer Anteil an Patienten mit Adipositas Grad 2 und 3 als auffällig klassifiziert werden kann, im Vergleich zu Patienten mit Adipositas Grad 1 ($\chi^2_2 = 3,683$, $p = .042$), vgl. Abbildung 28.

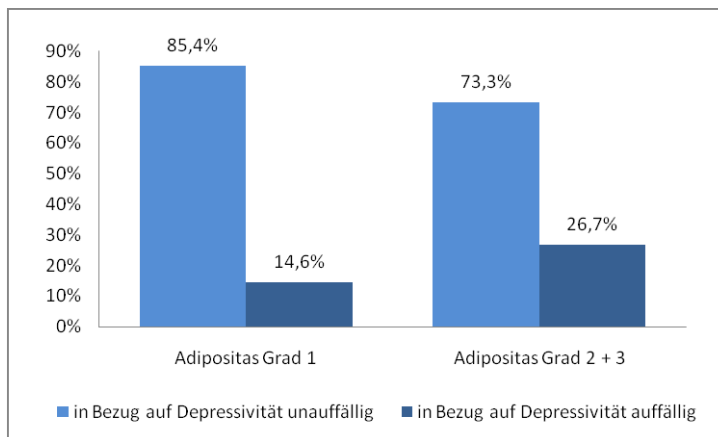


Abbildung 28: *Depressivität in Abhängigkeit der Adipositasgrade nach WHO*

Desweiteren zeigt sich deskriptiv, wenn auch nicht signifikant, dass ein größerer, prozentualer Anteil an Patienten mit Adipositas 3 in Bezug auf Angst als auffällig klassifiziert wird, im Vergleich zu Patienten mit Adipositas Grad 1 und 2 ($\chi^2_2 = 1,867$, $p = \text{n.s.}$), vgl. Abbildung 29.

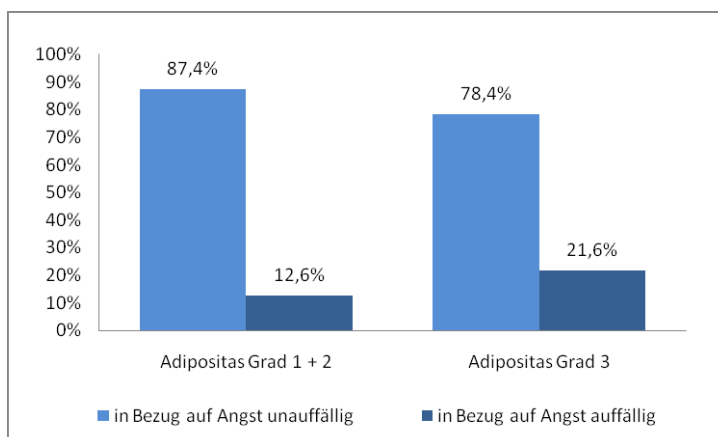


Abbildung 29: *Angst in Abhängigkeit der Adipositasgrade nach WHO*

5.6 Explorative Datenanalysen

Im Folgenden sind die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen den Konstrukten ($p < 0.5$) in Form zweier Ergebnismodelle zusammenfassend dargestellt. Anhand dieser Ergebnismodelle können dabei keine Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen bzw. zur Kausalität getroffen werden. Zur Vereinfachung wird auf statistische Kennwerte verzichtet. Stattdessen sind signifikant positive Zusammenhänge durch einen blauen Pfeil mit einem Plus (+) und signifikant inverse Zusammenhänge durch einen orangen Pfeil mit einem Minus (-) gekennzeichnet, vgl. Abbildung 30 und Abbildung 31.

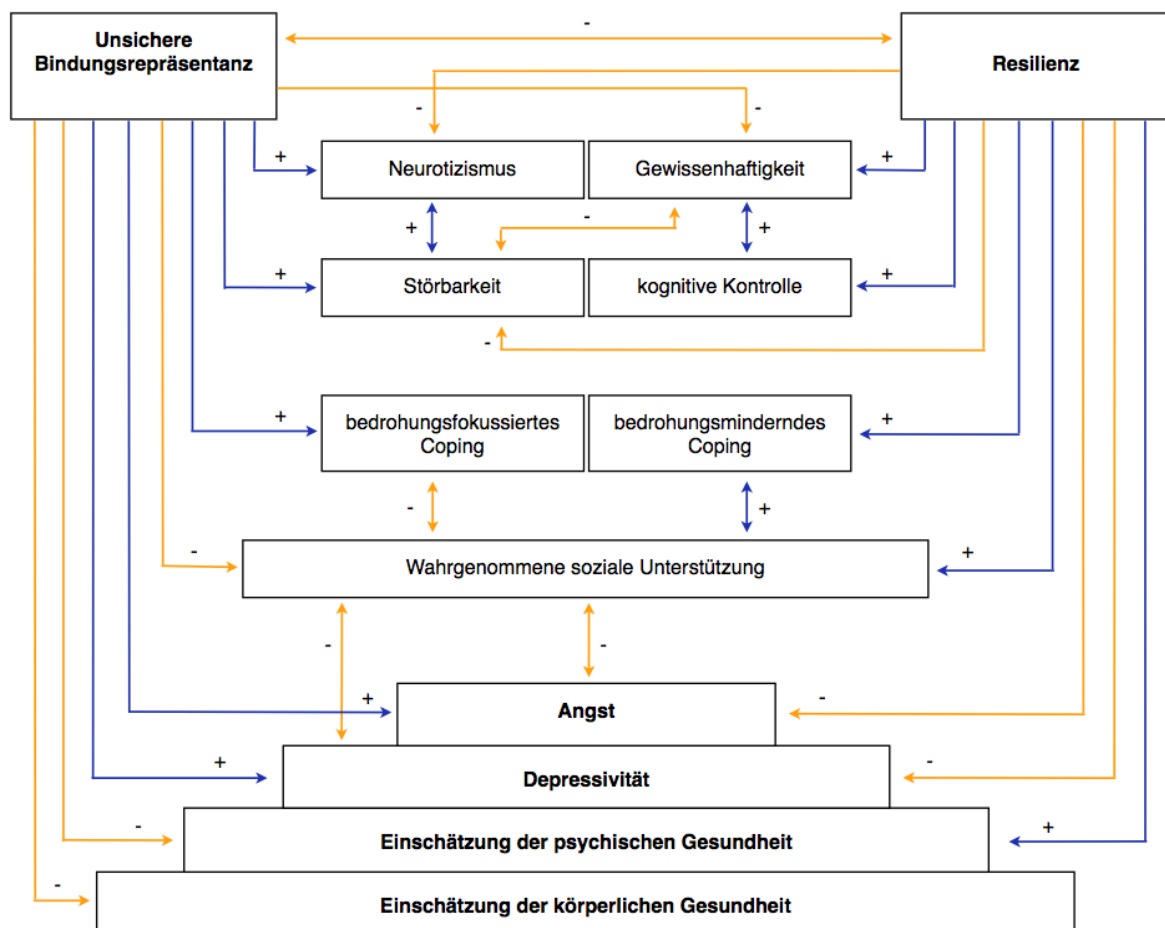


Abbildung 30: *Ergebnismodell 1*

Im ersten Ergebnismodell liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung der signifikanten Zusammenhänge zwischen den „Hauptkonstrukten“ Bindungsmuster und Resilienz und den Faktoren Persönlichkeit (Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit), Essverhalten (Störbarkeit, kognitive Kontrolle), Krankheitsbewältigung (bedrohungs-fokussiert vs. bedrohungs-mindernd) und soziale Unterstützung sowie zu

den Outcome-Variablen Angst und Depressivität und der subjektiven gesundheitsbezogenen körperlichen und psychischen Lebensqualität.

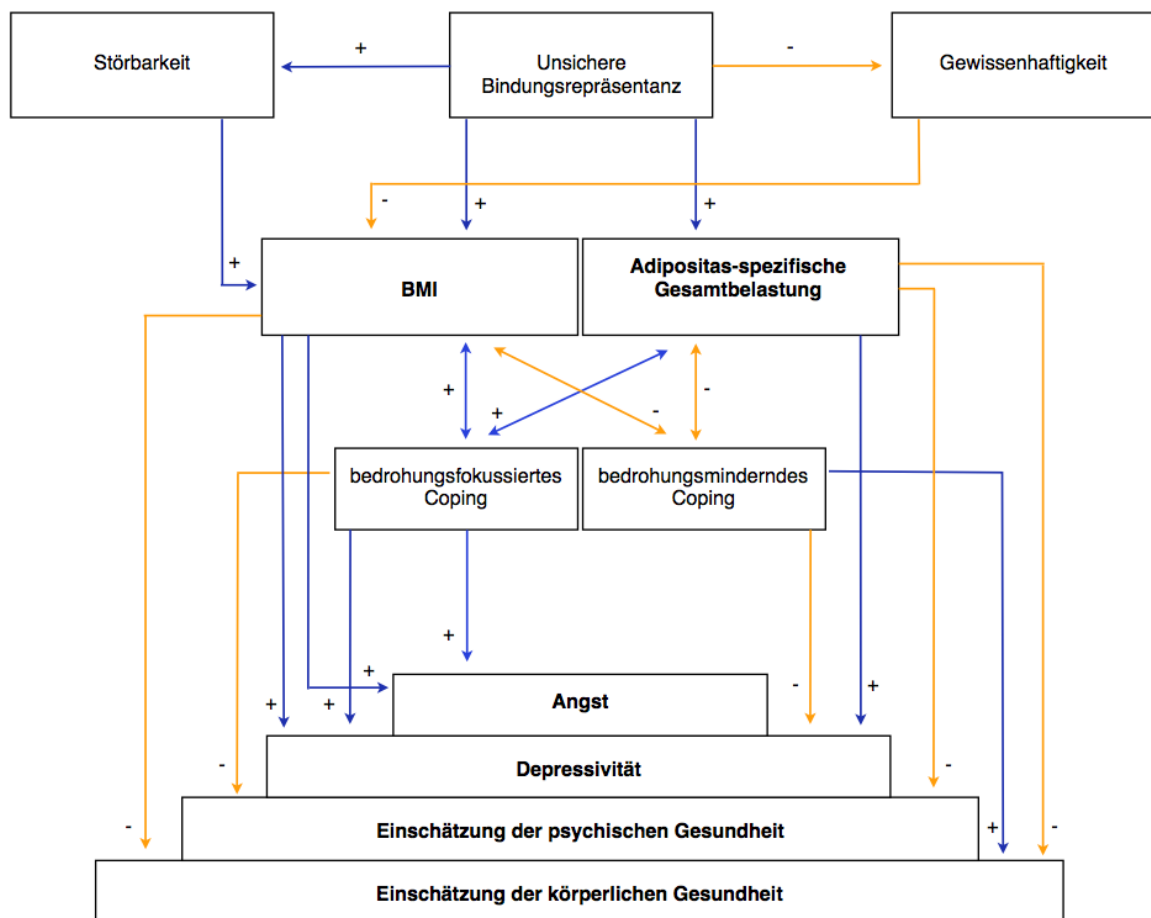


Abbildung 31: *Ergebnismodell 2*

Ergebnismodell 2 rückt den BMI bzw. die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung in den Mittelpunkt und setzt den Fokus auf die Konstruktzusammenhänge, die sich in dieser Studie in Bezug auf Adipositas signifikant darstellten. Neben der Störbarkeit des Essverhaltens und der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit spielen vor allem die Krankheitsbewältigungsstrategien (bedrohungs-fokussiertes vs. bedrohungs-minderndes Coping) eine wesentliche Rolle. Während ein unsicheres Bindungsmuster signifikant mit einem hohen BMI bzw. einer erhöhten Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung assoziiert ist, ergibt sich in dieser Studie kein signifikanter Zusammenhang zwischen Resilienz und Adipositas. In Bezug auf die Outcome-Variablen ist ersichtlich, dass ein hoher BMI sowie eine starke Adipositas-spezifische Gesamtbelastung signifikant positiv mit erhöhter Depressivität und Angst sowie signifikant negativ mit der Einschätzung der psychischen und körperlichen Gesundheit in Zusammenhang stehen.

Alle für die Hypothesen relevanten Variablen wurden in Abhängigkeit von Alter, sozioökonomischen Status (SES) und Geschlecht geprüft. In der nachfolgenden Tabelle 41 sind die Variablen aufgeführt, bei denen sich wenigstens zum Alter oder zum SES eine signifikante Korrelation ergibt. Die Korrelationsanalysen mit dem Alter wurden allesamt auf eine einseitige Signifikanz geprüft, während die Analysen mit dem SES zweiseitig getestet wurden.

Tabelle 41: *Korrelationsanalyse der Studienvariablen mit Alter und SES*

Korrelationsanalyse (Pearson)	Alter	SES
Body-Mass-Index (BMI)	-.161*	n.s.
Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	n.s.	-.178*
Anzahl an Folgeerkrankungen	.413**	-.216**
Sozioökonomischer Status (SES)	-.173*	-
Zufriedenheit mit dem aktuellen Gewicht	.242**	n.s.
Zufriedenheit mit dem Bewegungsverhalten	.177*	n.s.
Störbarkeit des Essverhaltens (FEV)	-.451**	n.s.
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens (FEV)	.146*	n.s.
Körperliche Summenskala (SF-12)	-.297**	.240**
Psychische Summenskala (SF-12)	.169*	n.s.
Angst (HADS-D)	n.s.	-.169*
Depressivität (HADS-D)	n.s.	-.134*
Bedrohungsminderndes Coping (BEFO)	.196**	n.s.
Bedrohungsfokussiertes Coping (BEFO)	n.s.	-.177*
Resilienz (RS-13)	n.s.	.222*
Wahrgenommene soziale Unterstützung (FsozU-K)	n.s.	.174*
Gewissenhaftigkeit (BFI-K)	n.s.	.166*
Neurotizismus (BFI-K)	n.s.	-.187*
Erinnerte mütterliche Wärme (FEE)	-.175*	.139*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant, 2-seitig für SES, 1-seitig für Alter

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant, 2-seitig für SES, 1-seitig für Alter

Die Abhängigkeit aller Studienvariablen vom Geschlecht wurde über univariate Varianzanalysen geprüft. In der nachfolgenden Tabelle 42 sind ebenfalls nur die signifikanten Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 42: ANOVA - Studienvariablen in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Geschlecht		ANOVA		
	männlich	weiblich	F	p(F)	η^2
Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	M = 7,66 SD = 2,20	M = 6,95 SD = 2,17	*1F (1,148) = 7,36	.063	.023
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	M = 9,31 SD = 5,39	M = 11,82 SD = 4,82	F (1,164) = 8,29	.003	.052
Väterliche Kontrolle und Überbehütung*	M = 13,70 SD = 3,12	M = 12,43 SD = 2,80	*2U = 1402	P (U) = .002	
Väterliche Ablehnung und Strafe	M = 12,13 SD = 4,41	M = 10,24 SD = 3,23	F (1,138) = 8,05	.005	.056
Wahrgenommene, soziale Unterstützung	M = 3,82 SD = 0,86	M = 4,06 SD = 0,62	F (1,164) = 4,05	.046	.024

*1 tendenzielle Signifikanz der Mittelwertunterschiede der weibl. und männl. Gesamtbelastung

*2 Durchführung eines Mann-Whitney-U-Tests bei signifikantem Levene-Test

Bei Variablen, bei denen sich varianzanalytisch keine Signifikanz ergab, wurden Prüfungen der statistischen Häufigkeitsverteilung über eine Kreuztabelle vorgenommen. Die signifikanten Ergebnisse sind der Tabelle 43 zu entnehmen.

Tabelle 43: Kreuztabelle - Studienvariablen in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Geschlecht		Chi ₂ (Pearson)
		männlich	weiblich	
BMI*	niedrig	38,5 % (n = 20)	55,4% (n = 62)	4,05
	hoch	61,5% (n = 32)	44,6% (n = 50)	
BMI nach WHO*	Grad 1	44,2% (n = 23)	58,9% (n = 66)	3,09
	Grad 2 + 3	55,8% (n = 29)	41,1% (n = 46)	
Anzahl an Folgeerkrankungen*	keine	10,4% (n = 5)	15,0% (n = 15)	8,60
	eine	27,1% (n = 13)	48,0% (n = 48)	
	zwei-drei	62,5% (n = 30)	37,0% (n = 37)	
Gewissenhaftigkeit*	gering	75,0% (n = 39)	58,9% (n = 66)	3,98
	hoch	25,0% (n = 13)	41,1% (n = 46)	
Erinnerte mütterliche Wärme*	gering	59,1% (n = 26)	41,5% (n = 39)	3,72
	hoch	40,9% (n = 18)	58,5% (n = 55)	
Erinnerte mütterliche Ablehnung / Strafe*	gering	39,2% (n = 20)	58,6% (n = 65)	5,24
	hoch	60,8% (n = 31)	41,4% (n = 46)	

* Der Chi-Quadrat-Test / Exakte Test nach Fisher ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant.

6 Diskussion

6.1 Inhaltliche Diskussion

6.1.1 Hypothese 1

Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten, Resilienz und Erwachsenenbindungsmuster stehen miteinander in Zusammenhang.

In den ersten Lebensjahren werden wesentliche Bindungserfahrungen in der Interaktion mit Mutter bzw. Vater gemacht. Das elterliche Erziehungsverhalten hat damit einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der bindungsbezogenen inneren Arbeitsmodelle, die sich von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter weiterentwickeln und durch neuartige Erlebnisse und Neubewertungen eine qualitative Veränderung erfahren (Kirchmann & Strauß 2008). Ausgehend von diesen Überlegungen liegt die Vermutung nahe, dass ein **negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten mit unsicheren Erwachsenenbindungsmustern assoziiert** ist. Bei der Prüfung der **Hypothese 1a** ergaben sich signifikant positive Zusammenhänge zwischen hoher elterlicher Kontrolle und Überbehütung, Ablehnung und Strafe sowie geringer emotionaler Wärme seitens des Vaters und dem Vorliegen eines unsicheren Bindungsmusters. Hinsichtlich der Interaktions- und Kommunikationsmerkmale, die mit den Skalen des BFPE erfasst wurden, zeigte sich, dass erhöhte Akzeptanzprobleme positiv mit erinnerter väterlicher Ablehnung und Strafe und erinnerter elterlicher Kontrolle und Überbehütung korrelierten, während eine reduzierte Öffnungsbereitschaft v.a. mit erhöhter mütterlicher Kontrolle und geringerer emotionaler Wärme seitens der Eltern assoziiert war. Verstärkte Akzeptanzprobleme sowie eine reduzierte Öffnungsbereitschaft charakterisieren Merkmale eines unsicheren Bindungsmusters. Die Hypothese, dass ein negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten mit eher unsicheren Bindungsmustern in Zusammenhang steht, konnte damit statistisch belegt werden. Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Schumacher et al. (2004), die in ihrer Studie signifikante Zusammenhänge zwischen einem unsicheren Bindungsmuster bzw. verstärkten Akzeptanzproblemen und einer verringerten Öffnungsbereitschaft, erhöhter erinnerter elterlicher Ablehnung und Strafe sowie Kontrolle und Überbehütung nachwiesen. Ebenso konnten Declercq und Palmans (2006) zeigen, dass erinnerte mangelnde Fürsorge („lack of care“) sowie erinnerte elterliche Überbehütung („overprotection“) mit unsicheren Bindungsmustern im

Erwachsenenalter assoziiert sind. In der vorliegenden Stichprobe mit adipösen Probanden werden v.a. das ablehnende, strafende, kontrollierende und überprotektive Erziehungsverhalten des Vaters sowie mütterliche Kontrolle und Überbehütung als negative Beziehungserfahrungen erinnert, die in einem starken Zusammenhang mit den Akzeptanzproblemen in der partnerschaftlichen Beziehung bzw. mit unsicheren Bindungsrepräsentanzen stehen. Dies deckt sich mit der Ansicht von Albani et al. (2000), die negativ erinnerte elterliche Erfahrungserfahrungen als „Vulnerabilitätsfaktor“ ansehen.

Die Hypothese 1b, Positiv erinnertes elterliches Erziehungsverhalten steht in Zusammenhang mit hoher Resilienzausprägung, konnte teilweise belegt werden. Während sich zwischen Resilienz und den Erziehungsdimensionen Ablehnung und Strafe und Kontrolle und Überbehütung keine linearen Zusammenhänge ergaben, korrelierten sowohl erinnerte mütterliche als auch väterliche emotionale Wärme signifikant positiv mit Resilienz. Trotz der relativ geringen Stärke des gefundenen Zusammenhangs deutete sich an, dass erlebte bzw. wahrgenommene emotionale Wärme im Elternhaus positiv mit Resilienz als dispositioneller Persönlichkeitseigenschaft assoziiert ist.

Eisenberg et al. (2009) konnten zeigen, dass ein autoritativer Erziehungsstil, der u.a. von Wärme, Akzeptanz und Feinfühligkeit geprägt ist, positiv mit „Ego-Resilienz“ korreliert. Hammen (2003) und Rosenthal et al. (2003) identifizierten emotionale Wärme als einen der Hauptfaktoren des elterlichen Erziehungsverhaltens, der stark positiv mit Resilienz korreliert. Ein warmherziger, aufmerksamer und unterstützender Erziehungsstil („acceptance-involvement“ style) stellte sich in einer aktuellen Studie von Zakeri et al. (2010) als signifikant positiver Prädiktor von Resilienz dar, während Strenge und Kontrolle („behavioral strictness and supervision“) in keinem signifikanten Zusammenhang mit Resilienz standen.

Man kann schlussfolgern, dass das Erleben emotionaler Wärme von primären Bezugspersonen zu emotionaler Stabilität und verbesserter Selbstregulation und –kontrolle beiträgt (vgl. Eisenberg et al. 2009) sowie durch positive Selbst- und Fremdeinschätzung die eigene Akzeptanz und die persönliche und soziale Kompetenz im Sinne resilienter Persönlichkeitseigenschaften fördert. Ein Erziehungsstil, der durch Wärme, Wertschätzung und Akzeptanz dem Kind gegenüber

gekennzeichnet ist, kann als soziale bzw. familiäre Ressource bzw. als „externaler Resilienzfaktor“ angesehen werden (vgl. Zakeri et al. 2010).

In Anlehnung an Hypothese 1b und ausgehend von der Überlegung, dass die „frühen Bindungserfahrungen“ ganz wesentlich mit den Erwachsenenbindungsmustern zusammenhängen (vgl. Schumacher et al. 2004), wurde vermutet, dass **auch ein sicheres Bindungsmuster im Erwachsenenalter mit hoher Resilienz assoziiert ist. Hypothese 1c** konnte statistisch bestätigt werden. Resilienz korrelierte innerhalb der Stichprobe mit adipösen Probanden signifikant positiv mit Öffnungsbereitschaft und negativ mit Akzeptanzproblemen. Es zeigte sich, dass ein signifikant höherer prozentualer Anteil der Studienteilnehmer mit sicherem Bindungsmuster, im Vergleich zu denen mit unsicherem Bindungsmuster, eine eher hohe Resilienz aufwies.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Simeon et al. (2007) und Hasui et al. (2009), die signifikant positive Korrelationen zwischen einem sicheren Bindungsmuster im Erwachsenenalter und hoher Resilienzausprägung nachwiesen. Es zeigt sich, dass das Gefühl der eigenen Bedeutsamkeit, Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenz im Sinne resilienter Persönlichkeitseigenschaften durch Sicherheit in bindungsrelevanten Beziehungen begünstigt werden kann (vgl. Atwood 2006, Mikulincer & Shaver 2007, Reich et al. 2010). Qualitativ gute Beziehungen in der Partnerschaft, im familiären Umfeld, im Freundeskreis oder im beruflichen Bereich können Ermutigung und Ansprechbarkeit signalisieren und zur Steigerung des Selbstwertes beitragen sowie die Möglichkeit eröffnen, die eigenen Bedürfnisse auszudrücken sowie gehört und verstanden zu werden.

6.1.2 Hypothese 2

Bindungsmuster, Resilienz und Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen stehen in Zusammenhang mit Essverhalten und Adipositas (BMI).

Bei der Prüfung der **Hypothese 2a, Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz stehen mit hoher Gewissenhaftigkeit und geringem Neurotizismus in Zusammenhang**, ergab sich, dass sowohl sicher gebundene als auch hochresiliente Patienten im Mittel signifikant niedrigere Werte für Neurotizismus und signifikant höhere Werte für Gewissenhaftigkeit aufwiesen. Hypothese 2a konnte damit bestätigt werden. In der zweifaktoriellen Varianzanalyse zeigte sich, dass

die Bindungsrepräsentanz dieser adipösen Patienten im Vergleich zur Resilienz eine geringfügig größere Bedeutung für die Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus zu haben schien.

Die vorliegenden Ergebnisse können durch andere Studien bestätigt werden, die einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und Gewissenhaftigkeit (vgl. Shafer 2001, Neyer & Voigt 2004) sowie einen inversen Zusammenhang zwischen einem sicheren Bindungsmuster und Neurotizismus nachwiesen (Shafer 2001, Wilkinson & Walford 2001, Beitel & Cecero 2003, Neyer & Voigt 2004). Zahlreiche Autoren verwiesen bereits auf den positiven Zusammenhang zwischen Resilienz und Gewissenhaftigkeit sowie Extraversion und den negativen Zusammenhang zwischen Resilienz und Neurotizismus (Friborg et al. 2005, Campbell-Sills et al. 2006, Analakshmi 2007). Andere Untersuchungen konnten zeigen, dass ein unsicheres Erwachsenenbindungsmuster mit Neurotizismus positiv (Backstrom und Holmes 2001, Noyes et al. 2003, Picardi et al. 2005, Eggert et al. 2007) und mit Gewissenhaftigkeit negativ assoziiert war (Shafer 2001, Gallo et al. 2003, Nettle & Shaver 2006).

Gewissenhafte Personen sind kompetent, pflichtbewusst, selbstdiszipliniert und weisen ein starkes Erfolgs- bzw. Leistungsstreben sowie einen ausgeprägten Ordnungssinn auf (vgl. Rammstedt & John 2005). Da Resilienz u.a. genau jene persönlichen Kompetenzen (z.B. Flexibilität und Bestimmtheit) erfasst, ist der positive Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und Resilienz naheliegend. Die negative Assoziation zwischen Neurotizismus und Resilienz erklärt sich durch die mit Resilienz einhergehende emotionale Stabilität. Versteht man sichere Bindung als Basis einer angemessenen Emotionsregulation, verbunden mit der Sicherheit in zwischenmenschlichen Interaktionen, so ist der negative Zusammenhang zu erhöhtem Neurotizismus naheliegend. Personen, die hohe Neurotizismuswerte aufweisen, sind eher unsicher, ängstlich, leicht reizbar bzw. impulsiv, depressiv und sozial befangen. Bindungssicherheit hingegen vermittelt ein positives Selbstkonzept, fördert Impulskontrolle sowie sozial-adaptive Fähigkeiten und ist daher mit Persönlichkeitsfacetten der Big-Five-Dimension Gewissenhaftigkeit assoziiert.

Das Essverhalten ist Konditionierungen unterlegen bzw. wird durch erfahrungsbedingte Gewohnheiten geprägt. Ausgehend von der Vorstellung, dass damit u.a. der frühen Eltern-Kind-Interaktion bzw. der Erziehung eine entscheidende Bedeutung bei der Etablierung gesundheitsförderlicher Essbedürfnisse zukommt, wurde vermutet, dass **ein unsicheres Bindungsmuster und geringe Resilienz in Zusammenhang mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens stehen**. Bei der Prüfung der **Hypothese 2b** zeigte sich, dass die Ausprägung der Störbarkeit des Essverhaltens umso höher war, je stärker die Patienten väterliche Ablehnung und Strafe erinnerten oder über Akzeptanzprobleme berichteten. Erinnernte väterliche Wärme und Resilienz korrelierten hingegen invers mit der Störbarkeit. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens zeigte weder zu den FEE-Skalen noch zu den BFPE-Skalen einen direkten linearen Zusammenhang, es ergab sich lediglich eine signifikant positive Korrelation zur Resilienz. Patienten mit sicherem und unsicherem Erwachsenenbindungsmuster unterschieden sich im Mittel nicht signifikant hinsichtlich der Störbarkeit sowie der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens. Dennoch zeigte sich für die Störbarkeit deskriptiv, dass Patienten mit unsicherem Bindungsmuster im Mittel höhere Werte aufwiesen. Patienten mit hoher Resilienz wiesen im Vergleich zu niedrigresilienten Patienten im Mittel signifikant höhere Werte für kognitive Kontrolle und signifikant niedrigere Werte für Störbarkeit auf. Hypothese 2b konnte damit für die Störbarkeit größtenteils belegt werden. Für die kognitive Kontrolle des Essverhaltens stellte sich die Resilienz in dieser Untersuchung als bedeutsamerer Faktor dar.

Es ließen sich keine Studien finden, die speziell den Zusammenhang zwischen den Faktoren Störbarkeit und kognitive Kontrolle des FEV und unsicheren Bindungsrepräsentanzen untersuchten. Dennoch konnte eine Reihe von Studien eine positive Assoziation zwischen einem unsicheren Bindungsmuster (v.a. ängstlich) im Erwachsenenalter und gestörtem Essverhalten bestätigen (Ward et al. 2000, Troisi et al. 2005, 2006). Ihle et al. (2005) wiesen einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen erinnelter elterlicher Ablehnung und Strafe und den Symptomen gestörten Essverhaltens nach. Der in dieser Untersuchung fehlende signifikante Mittelwertunterschied zwischen Personen mit sicherem und unsicherem Bindungsmuster hinsichtlich der Ausprägung der Störbarkeit des Essverhaltens kann auf die zusammengefasste unsichere Bindungskategorie zurückzuführen sein, die ambivalente und vermeidende Bindungsstile erfasst.

Entsprechend den zuvor angeführten, wissenschaftlichen Untersuchungen waren es speziell die unsicher-ambivalenten Bindungsmuster, die mit den Symptomen gestörten Essverhaltens bzw. erhöhter Störbarkeit des Essverhaltens assoziiert sind. Die signifikant positiven Korrelationen zwischen erhöhter Störbarkeit und negativ erinnerten elterlichen Erziehungsaspekten sowie verstärkten Akzeptanzproblemen weisen dennoch auf einen Zusammenhang zwischen unsicheren Bindungsrepräsentanzen und der Entwicklung von Essstörungssymptomatik hin. Personen mit unsicherer, v.a. ängstlicher Bindungsrepräsentanz neigen eher zu unangemessener bzw. externer Emotionsregulation (Wilkinson et al. 2010), wobei eine vermehrte Nahrungsaufnahme der Reduktion negativer Affekte bzw. dem Umgang mit Stress, Ärger, Depression und Einsamkeit dient (vgl. Fabricatore & Wadden 2003, Larsen et al. 2006, Tasca et al. 2009, Levitan & Davis 2010). Da die Störbarkeit des Essverhaltens u.a. erfasst, inwiefern Personen bei der Nahrungsaufnahme durch emotionale Befindlichkeiten (z.B. Einsamkeit, Kummer, Angst) beeinflusst werden, ist die positive Assoziation zu unsicheren Bindungsrepräsentanzen erklärbar.

Ebenso erscheint die signifikant negative Korrelation zwischen der Störbarkeit des Essverhaltens und Resilienz als dispositioneller psychischer Widerstandsfähigkeit bzw. emotionaler Stabilität plausibel. In der wissenschaftlichen Literatur ließen sich keine Studien finden, die explizit den Zusammenhang zwischen Resilienz und Essverhalten bzw. den Faktoren Störbarkeit und kognitive Kontrolle untersuchten. Dennoch beschrieben einige Autoren einen positiven Effekt von Affektstabilität sowie günstigen sozial-adaptiven Fähigkeiten auf die Vermeidung von Ernährungspathologien (vgl. Haug-Schnabel, Reich-Soufflet 2007). Danach bedarf es persönlicher Kompetenzen, die es einer Person ermöglichen, die unterschiedlichen Anforderungen bzw. Probleme und Konflikte im Lebensalltag unter den vielfältigen Einflüssen aus seinem Umfeld mithilfe von konstruktiver Bewältigung und anstelle von affektregulierendem Essverhalten zu bewältigen. Versteht man Resilienz im Zusammenhang mit dem Essverhalten als diese erlebte Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit, einhergehend mit adäquater Impulskontrolle, so scheint eine positive Assoziation zu angemessener kognitiver Kontrolle und geringer Störbarkeit bzw. einer guten Ernährung mit bestimmten Konstanten und Regeln naheliegend.

Um die Zusammenhänge zwischen den Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen, dem Essverhalten und dem BMI zu untersuchen, wurde vermutet, dass **erhöhter Neurotizismus und geringe Gewissenhaftigkeit mit erhöhter Störbarkeit und geringer kognitiver Kontrolle des Essverhaltens sowie mit einem erhöhten BMI in Zusammenhang stehen**. Bei der Prüfung der **Hypothese 2c** zeigte die Störbarkeit des Essverhaltens erwartungsgemäß signifikant positive Korrelationen zu Neurotizismus und BMI, während Gewissenhaftigkeit und Störbarkeit signifikant negativ korrelierten. Zwischen Neurotizismus und BMI ergab sich kein direkter linearer Zusammenhang. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens zeigte weder zum BMI noch zu Neurotizismus oder Gewissenhaftigkeit eine direkte, lineare Korrelation. Dennoch ergab sich varianzanalytisch, dass Patienten mit hoher Gewissenhaftigkeit im Vergleich zu Personen mit geringer Gewissenhaftigkeit im Mittel eine signifikant höhere kognitive Kontrolle aufwiesen. Patienten mit geringer Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit wiesen im Mittel einen signifikant höheren BMI auf, im Vergleich zu Personen mit hoher Gewissenhaftigkeit. Hypothese 2c konnte größtenteils bestätigt werden, wobei sich nicht zwischen allen Variablen direkte lineare Zusammenhänge nachweisen ließen. Dennoch stellten sich vor allem die Assoziationen zwischen den Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen und den Faktoren des Essverhaltens größtenteils erwartungsgemäß dar.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen und dem Essverhalten wiesen bereits Provencher et al. (2008) auf die positive Assoziation zwischen Neurotizismus und der Störbarkeit des Essverhaltens (disinhibition) sowie zwischen Gewissenhaftigkeit und kognitiver Kontrolle (dietary restraint) hin. Ebenso konnten Heaven et al. (2001) und Elfhag und Morey (2008) zeigen, dass ein verstärkt emotional- und außenreizgesteuertes Essverhalten mit erhöhten Werten für Neurotizismus, sowie verminderten Werten für Gewissenhaftigkeit verbunden war. Die aufgeführten Studien bestätigen die Ergebnisse der Hypothese 2c. Der in der vorliegenden Untersuchung fehlende direkte lineare Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und kognitiver Kontrolle bei gleichzeitiger varianzanalytischer Signifikanz kann auf die unterschiedlichen Effekte rigider und flexibler Kontrolle zurückzuführen sein. Dabei weist der inverse Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und BMI darauf hin, dass erhöhte Gewissenhaftigkeit eher mit flexibler als mit rigider Kontrolle assoziiert ist.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen kognitiver Kontrolle und BMI liefert auch die wissenschaftliche Literatur uneinheitliche Ergebnisse. Während die einen Autoren, wie in Hypothese 2c vermutet, eine inverse Assoziation zwischen kognitiver Kontrolle und BMI bzw. Körpergewicht nachwiesen (vgl. Siegel et al. 2000, Boschi et al. 2001), zeigte sich in anderen Studien gar keine signifikante Assoziation (Drapeau et al. 2003, Provencher et al. 2003). Der auch in dieser Untersuchung fehlende signifikante Zusammenhang zwischen kognitiver Kontrolle und BMI weist ebenfalls auf die unterschiedlichen Effekte von flexibler und rigider Kontrolle bzw. auf die notwendige Unterscheidung zwischen beiden Formen der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens hin. So konnte gezeigt werden, dass flexible Kontrolle negativ und rigide Kontrolle positiv mit dem BMI assoziiert war (vgl. Provencher et al. 2003). Einige Studien belegten, dass vor allem die Interaktion der unterschiedlichen Ausprägungen von kognitiver Kontrolle und Störbarkeit die Regulation des Körpergewichtes eines Menschen entscheidend beeinflusst. So besaßen Personen mit hoher Störbarkeit und zugleich geringer, v.a. rigider kognitiver Kontrolle das höchste Gewicht innerhalb der Stichprobe (Hays et al. 2002, Dykes et al. 2004), eine erhöhte Anfälligkeit für eine Gewichtszunahme (Bryant et al. 2010) oder wiesen eine schwere Adipositas Grad 3 auf (van Hout et al. 2004). Andererseits schwächte eine höhere flexible Kontrolle den Einfluss habitueller Störbarkeit auf den BMI bzw. die Gewichtszunahme ab (Hays & Roberts 2008, Savage et al. 2009). Ein stärkerer Konsens besteht hinsichtlich der Störbarkeit des Essverhaltens. Die meisten Autoren beschrieben eine positive Assoziation zwischen der Störbarkeit und dem Body-Mass-Index (Pudel & Westenhöfer 1989, Provencher et al. 2003, 2008, Hays & Roberts 2008, Harden et al. 2009) und bestätigen damit die Ergebnisse der Hypothese 2c.

Der gefundene Zusammenhang zwischen der Big-Five-Persönlichkeitsdimension Gewissenhaftigkeit und dem BMI kann durch einige Studien bestätigt werden, die ebenso eine inverse Assoziation zwischen Gewissenhaftigkeit und dem BMI bzw. Adipositas nachwiesen (Brummet et al. 2006, Terracciano et al. 2009, Chapman 2009). Warum sich zwischen Neurotizismus und BMI keine direkte lineare Korrelation nachweisen ließ, ist nicht eindeutig zu klären. Dieser Zusammenhang wird auch in der Literatur kontrovers diskutiert. Einige Autoren fanden eine positive Assoziation zwischen einzelnen Subfacetten des Persönlichkeitsfaktors Neurotizismus und einem erhöhtem BMI (Sullivan et al. 2007, Lykouras et al. 2008, Van

Hout et al. 2008), während andere diese Assoziation nur bei weiblichen Studienteilnehmern bestätigten (Faith et al. 2001, Brummet et al. 2006) oder sogar einen inversen Zusammenhang nachwiesen (Kakizaki et al. 2008, Chapman 2009).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Essverhalten und BMI eher uneinheitlich und sehr komplex gestalten. So sei darauf hingewiesen, dass das Essverhalten Alterseffekten unterlegen sein kann (vgl. Larsen et al. 2006, Harden et al. 2009). Bei den adipösen Patienten dieser Untersuchung (M = 60,2 Jahre) zeigte sich, dass die Störbarkeit mit zunehmendem Alter ab- und die kognitive Kontrolle zunahm. Zudem wiesen die weiblichen Patientinnen eine signifikant stärkere kognitive Kontrolle im Vergleich zu den Männern auf (vgl. Drapeau et al. 2003, Provencher et al. 2003).

Einige Autoren sind der Ansicht, dass das Erleben von Ablehnung und Zurückweisung bzw. emotionaler Vernachlässigung mit einem erhöhten Adipositasrisiko verbunden sein kann (vgl. Gunstad et al. 2006, Thomas et al. 2008, D'Argenio et al. 2009). D'Argenio et al. (2009) sehen eine unsichere Bindungsrepräsentanz als Ergebnis dieser widrigen frühkindlichen Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen. Davon ausgehend wurde vermutet, dass **ein unsicheres Bindungsmuster und niedrige Resilienz in Zusammenhang mit einem hohen BMI stehen**. Bei der Prüfung der **Hypothese 2d** zeigte sich, dass Patienten mit unsicherem Bindungsmuster im Vergleich zu Personen mit sicherem Bindungsmuster im Mittel einen signifikant höheren BMI aufwiesen. Patienten mit niedriger Resilienz unterschieden sich in der Höhe ihres BMI hingegen nicht signifikant von Personen mit hoher Resilienz. Dennoch deutete sich die deskriptive Tendenz an, dass ein prozentual höherer Anteil der Patienten eine Adipositas Grad 2 oder 3 aufwies, wenn eine niedrige im Vergleich zu einer hohen Resilienz vorlag. Hypothese 2d konnte somit nur teilweise bestätigt werden. Dabei steht das Bindungsmuster in dieser Studienpopulation in einem stärkeren Zusammenhang zum BMI als die Resilienzausprägung.

Der positive Zusammenhang zwischen Bindungsunsicherheit und Adipositas bzw. BMI kann durch einige wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt werden. Laut D'Argenio et al. (2009) leistete ein unsicher-ängstliches Bindungsmuster im Erwachsenenalter (anxious attachment) einen erheblichen Beitrag zur Prädiktion der Adipositas. Wilkinson et al. (2010) wiesen eine signifikant positive Korrelation

zwischen Bindungsangst (attachment anxiety) und dem Body-Mass-Index nach und verstanden die erhöhte Störbarkeit des Essverhaltens als Mediator dieses Zusammenhangs (vgl. Hypothese 2b). Thomas et al. (2008) konnten in ihrer Untersuchung nachweisen, dass strenges elterliches Erziehungsverhalten (strict upbringing) als mögliche Basis unsicherer Bindungsrepräsentanzen mit einem ansteigenden BMI und zentraler Adipositas assoziiert ist. Unsichere Bindungsrepräsentanzen spiegeln sowohl Defizite in der Affektregulation als auch im Bewältigungsverhalten wider. Da einige Autoren eine erhöhte Nahrungsaufnahme als Methode der Affektregulation oder maladaptiven Stressreduktion verstehen (vgl. Devlin 2007, Marcus & Wilde 2009), ließe sich der Zusammenhang zwischen einem unsicheren Bindungsmuster und dem erhöhten Risiko der Adipositasgenese erklären.

Resilienz war in dieser Untersuchung nicht signifikant mit der Höhe des BMI assoziiert. Im Zusammenhang mit Adipositas könnte Resilienz diejenigen intrapersonalen Faktoren beschreiben, die eigenverantwortliches, gesundheitsbewusstes Verhalten sowie die Rekrutierung sozialer Unterstützung bezüglich gesunder Ernährung und Bewegung ermöglichen (vgl. McFarlane et al. 2010). Laut Ball und Crawford (2006) sind es die intra- und extrapersonalen Faktoren, die es einer Person ermöglichen, trotz risikoreicher Umweltbedingungen (z.B. niedriger sozioökonomischer Status) nicht stark an Gewicht zuzunehmen. Es ist anzunehmen, dass genau jene Faktoren, die im Zusammenhang mit Adipositas relevant erscheinen, mithilfe der Resilienzskala (RS-13) bzw. mit dem Konstrukt Ego-Resilienz nicht hinreichend erfasst wurden. Dennoch deutete sich in dieser Studie an, dass höhere Adipositasgrade mit geringerer Resilienz einhergingen.

6.1.3 Hypothese 3

Bindungsmuster, Resilienz, Adipositas-spezifische Gesamtbelastung und Krankheitsbewältigung stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit.

Hypothese 3a, Ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz sind mit eher geringer Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung und einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert, konnte teilweise bestätigt werden. Dabei zeigte sich, dass das Bindungsmuster in dieser Untersuchung sowohl hinsichtlich der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung als

auch für die Einschätzung der körperlichen Gesundheit eine größere Relevanz zu haben schien als die Ausprägung der Resilienz. In Anlehnung an Hypothese 2d zeigte sich, dass das Bindungsmuster im Gegensatz zur Resilienz in einem signifikanten Zusammenhang mit der Adipositas-spezifische Gesamtbelastung stand. Danach wiesen Patienten mit unsicherem Bindungsmuster eine stärkere Adipositas-spezifische Gesamtbelastung auf. Während adipöse Patienten mit sicherem Bindungsmuster ihre körperliche Gesundheit im Mittel signifikant besser einschätzten, wiesen hochresiliente Patienten im Mittel nur deskriptiv, dennoch nicht signifikant, einen höheren Punktwert auf der körperlichen Summenskala des SF-12 auf, im Vergleich zu niedrigresilienten Patienten.

Die gefundene positive Assoziation zwischen einem sicheren Bindungsmuster und der besseren Einschätzung der körperlichen Gesundheit bestätigt die Studienergebnisse von Kidd und Sheffield (2005), wonach eine sichere Bindung mit der verringerten Wahrnehmung somatischer Symptome verbunden war. Dieser Umstand kann u.a. durch eine verringerte Fokussierung auf negative Affekte erklärt werden. Der gegenläufige Zusammenhang, dass Personen mit unsicheren Bindungsmustern vermehrt über subjektiv empfundene Symptome klagen und damit ihren eigenen körperlichen Gesundheitszustand schlechter einschätzen, deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen einer Vielzahl internationaler Studien (Ciechanowski et al. 2002, Wearden et al. 2003, 2005, Armitage & Harris 2006).

In der Literatur ließen sich positive Zusammenhänge zwischen hoher Resilienzausprägung und einer besseren physischen Gesundheit bei KHK- und Diabetespatienten finden (Chan et al. 2006, Yi et al. 2008), während niedrige Resilienz im Zusammenhang mit geringerer gesundheitlicher Selbstfürsorge stand (Yi et al. 2008). Warum die erfasste "Trait-Resilienz" bei diesen adipösen Patienten nicht signifikant mit der Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert war, konnte nicht sicher geklärt werden. Dennoch deutete sich die deskriptive Tendenz an, dass hochresiliente Patienten im Mittel eine bessere physische Gesundheit im Vergleich zu niedrigresilienten Patienten aufwiesen.

Während der BMI in Hypothese 2d zur Operationalisierung der Adipositas diente, zeigte sich für die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung, die eine komplexere Erfassung von körperlichen Komorbiditäten und psychischen Befindlichkeiten ermöglicht, ein stärkerer signifikanter Zusammenhang zum Bindungsmuster.

Dennoch erbrachte diese komplexere Operationalisierung der Adipositas ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zur Resilienz.

Ein BMI über 30 kg/m² bzw. das Vorliegen einer Adipositas geht mit einem deutlichen Anstieg des Morbiditätsrisiko einher (vgl. Benecke & Vogel 2005, Lehrke & Laessle 2009). Davon ausgehend kann vermutet werden, dass **ein hoher BMI sowie hohe Adipositas-spezifische Gesamtbelastung mit einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit verbunden sind**. Bei Prüfung der **Hypothese 3b** ergab sich, dass die Patienten ihre eigene körperliche Gesundheit mit steigendem BMI zunehmend schlechter einschätzten. Dabei erfasste die körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität u.a. die Dimensionen „allgemeine Gesundheitswahrnehmung“, „körperliche Funktionsfähigkeit“ bei Aktivitäten des täglichen Lebens sowie „körperliche Schmerzen“ (Bullinger 2000). Diese subjektiv empfundene Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit zeigte sich noch viel stärker bei zunehmender Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung, bei der neben dem BMI noch die Anzahl an Folgeerkrankungen, die Kreislaufbelastung, die allgemeine Zufriedenheit mit dem Gewicht und der Bewegung sowie die Sorgen um die eigene Gesundheit erfasst wurden. Patienten mit Adipositas Grad 2 und 3 schätzten ihre körperliche Gesundheit signifikant schlechter ein, als Patienten mit Adipositas Grad 1. Hypothese 3b konnte bestätigt werden.

Auch in dieser Studie zeigte sich, dass die Höhe des BMI bzw. ein zunehmender Adipositasgrad signifikant mit einer steigenden Anzahl an Begleit- und Folgeerkrankungen assoziiert ist (vgl. WHO 2000). Vor allem die relative Häufigkeit der Patienten mit Diabetes mellitus nahm mit zunehmendem Adipositasgrad zu. Es ist naheliegend, dass diese zunehmende körperliche Belastung mit einer schlechteren Einschätzung der subjektiv empfundenen Lebensqualität einhergeht. In diversen internationalen Studien wird auf die zunehmende Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit bei steigendem BMI bzw. bei Vorliegen einer Adipositas hingewiesen (Fontaine & Barofsky 2001, Kolotkin et al. 2001, von Lengerke et al. 2007). Die Höhe des Body-Mass-Index zeigte bei beiden Geschlechtern negative Assoziationen mit der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit (physical HQOL). Personen mit schwerer Adipositas Grad 3 berichteten über eine signifikant stärkere Beeinträchtigung ihrer körperlichen Gesundheit im Vergleich

zu Personen mit Adipositas Grad 1 und 2 (Wadden et al. 2006, De Zwaan et al. 2009, Castress et al. 2010). In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass bereits Patienten mit Adipositas Grad 2 über eine signifikant schlechtere körperliche Gesundheit berichteten, im Vergleich zu Personen mit Adipositas Grad 1. Dies weist darauf hin, dass der Fokus hinsichtlich medizinischer Betreuung bzw. Intervention nicht ausschließlich auf der morbidem Adipositas Grad 3 liegen sollte. Es bestätigt sich auch in dieser Studie, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, v.a. in Bezug auf die subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit, nicht durch die Höhe des BMI allein, sondern v.a. durch die Anzahl komorbider, körperlicher Erkrankungen beeinflusst wird (vgl. Legenbauer et al. 2007, Wiltink et al. 2007, De Zwaan et al. 2009).

Ausgehend von der Annahme, dass der Umgang mit den adipositasbedingten gesundheitlichen Belastungen und psychosozialen Konsequenzen im Sinne individueller Krankheitsbewältigungsstrategien nicht unbedeutend für die Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie für die empfundene bzw. tatsächliche Adipositas-spezifische Gesamtbelastung ist, wurde vermutet, dass **hohe bedrohungsfokussierte und geringe bedrohungsmindernde Bewältigung mit starker Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung sowie einer schlechten Einschätzung der körperlichen Gesundheit in Zusammenhang stehen**. Bei der Prüfung von **Hypothese 3c** ergab sich, dass Patienten, die stark bedrohungsfokussiert bewältigten, eine hohe Adipositas-spezifische Gesamtbelastung aufwiesen. Zwischen bedrohungsfokussierter Bewältigung und der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit zeigte sich kein signifikanter linearer Zusammenhang. Dennoch deutete sich an, dass die subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit mit zunehmender bedrohungsfokussierter Bewältigung schlechter ausfiel. Es zeigte sich, dass eine geringe bedrohungsmindernde Bewältigung mit einer hohen Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung sowie einer schlechteren Einschätzung der körperlichen Gesundheit einherging. Damit konnte Hypothese 3c bis auf den fehlenden signifikanten Zusammenhang zwischen bedrohungsfokussierter Krankheitsbewältigung und körperlicher Gesundheit bestätigt werden.

Die Ergebnisse decken sich größtenteils mit nationalen und internationalen Studien, in denen sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen starker be-

drohungsfokussierter sowie geringer bedrohungsmindernder Bewältigung und einer subjektiv schlechteren physischen Gesundheit zeigte (Hessel et al. 2000, Fledderus et al. 2010, Hori et al. 2010). In Bezug auf die in der vorliegenden Untersuchung nicht signifikante Korrelation zwischen bedrohungsfokussierter Bewältigung und der subjektiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit ist anzunehmen, dass bedrohungsfokussiertes Coping als eine defizitäre Form affekt-regulierender Bewältigung (vgl. Hessel 2000) vorwiegend eine Beeinträchtigung der subjektiven psychischen als der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität bedingt. Geringe bedrohungsmindernde Bewältigung, einhergehend mit verringerter Problemorientierung, kann hingegen mit weniger gesundheitsförderndem Verhalten hinsichtlich gesunder Ernährung und Bewegung in Zusammenhang stehen und damit eine subjektiv schlechtere Einschätzung der körperlichen Gesundheit bedingen.

Da mit der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung neben den körperlichen auch psychische Belastungsfaktoren erfasst wurden, zeigte sich in der vorliegenden Studie eine signifikante Korrelation zu hoher bedrohungsfokussierter Bewältigung. Dies deckt sich mit Studien, die eine positive Assoziation zwischen Adipositas und der bevorzugten Wahl emotionsbezogenen Bewältigungsstrategien bzw. der Expression negativer Gefühle nachwiesen (Rydén et al. 2001, Hörchner et al. 2002, Rydén et al. 2003). Der gefundene signifikante Zusammenhang zwischen geringer bedrohungsmindernder Bewältigung und starker Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung bestätigt die Studienergebnisse von Hörchner et al. (2002) und Lykouras et al. (2008), wonach Adipositas mit eher vermeidendem („avoidance“), abwartendem („wait-and-see“) und insgesamt passivem Coping-Verhalten sowie einer starken Tendenz zur Verleugnung von Problemen assoziiert ist. Andererseits wird in der Literatur beschrieben, dass Personen, die ihre eigene Gesundheit als weniger gut bis schlecht beurteilen, signifikant mehr bedrohungsfokussierte Bewältigungsstrategien und weniger bedrohungsminderndes Coping anwenden (Hessel et al. 2000, Fledderus et al. 2010, Hori et al. 2010). Am ehesten ist von einem bidirektionalen Zusammenhang zwischen dem körperlichen Gesundheitszustand bzw. dem Ausmaß der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung und der Anwendung bestimmter Krankheitsbewältigungsstrategien auszugehen.

In Anlehnung an die Hypothesen 3a und 3c wurde in dieser Untersuchung der gemeinsame bzw. wechselseitige Einfluss von Bindungsmuster und Krankheitsbewältigung auf die Einschätzung der körperlichen Gesundheit untersucht. Bei der Prüfung der **Hypothese 3d, Bindungssicherheit und hohe bedrohungs-mindernde Bewältigung sind mit einer positiven Einschätzung der körperlichen Gesundheit assoziiert**, zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die bedrohungs-mindernde Bewältigung, wobei sich das Bindungsmuster mit geringerer Effektstärke ebenfalls signifikant darstellte. Zwischen den beiden unabhängigen Variablen ergab sich innerhalb des Gesamtmodells keine signifikante Interaktion. Dennoch zeigte sich deskriptiv die Tendenz, dass Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher bedrohungs-mindernder Bewältigung ihre körperliche Gesundheit im Mittel am besten einschätzten. Hypothese 3d konnte teilweise bestätigt werden, wobei der Umgang mit Adipositas in Form von bedrohungs-mindernder Bewältigung für die Einschätzung der körperlichen Gesundheit in der vorliegenden Studienpopulation wichtiger erschien, als das Bindungsmuster. Es ist naheliegend, dass die bedrohungs-mindernde bzw. problemorientierte Bewältigung in einem stärkeren Zusammenhang mit der eigenen, körperlichen Gesundheit steht, während das Bindungsmuster als inneres Arbeitsmodell zunächst eher die „Basis“ einer erfolgreichen bzw. adäquaten Handlungsaktivierung darstellt.

Laut Schmidt und Strauß (2002) ist ein sicheres Bindungsmuster mit der Tendenz zu realistischen und optimistischen Bewertungen und einer angemessenen Emotionsregulation verbunden, wodurch in Stresssituationen bzw. im Krankheitsfall eine flexible und angemessene Handlungsaktivierung bzw. Bewältigung erfolgen kann. Ebenso wiesen Declercq und Palmans (2006) darauf hin, dass Personen mit sicherer Bindung zu konstruktiver und adaptiver Bewältigung neigen. Dass eine flexible problemorientierte Bewältigung wiederum mit einer guten gesundheitsbezogenen Lebensqualität assoziiert ist, wurde bereits im Rahmen der Hypothese 3c diskutiert. Die in dieser Untersuchung fehlende signifikante Interaktion zwischen den Variablen Bindungsmuster und Krankheitsbewältigungsverhalten deutet darauf hin, dass weitere Parameter (z.B. Gewissenhaftigkeit, Resilienz, Alter) für die Einschätzung der körperlichen Gesundheit der adipösen Patienten von Bedeutung sind bzw. diesen Zusammenhang moderieren.

6.1.4 Hypothese 4

Bindungsmuster, Resilienz, wahrgenommene soziale Unterstützung, Krankheitsbewältigungsverhalten und Adipositas stehen in Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit.

Hypothese 4a, **Patienten mit sicherem Bindungsmuster und hoher Resilienz nehmen soziale Unterstützung stärker wahr und wählen eher bedrohungs-mindernde als bedrohungsfokussierte Krankheitsbewältigungsstrategien**, konnte größtenteils bestätigt werden. Das Bindungsmuster schien in dieser Untersuchung für die Wahrnehmung sozialer Unterstützung sowie für die bedrohungsfokussierte Krankheitsbewältigung von größerer Bedeutung zu sein als die Ausprägung der Resilienz, während bei der bedrohungsmindernden Krankheitsbewältigung der Zusammenhang zur Resilienz im Vordergrund stand.

Dass sich für die Wahrnehmung sozialer Unterstützung ein signifikanter Haupteffekt für das Bindungsmuster zeigte, ist nicht verwunderlich, wenn man davon ausgeht, dass eine sichere Bindungsrepräsentanz durch das Vertrauen auf Zuwendung und Hilfe charakterisiert ist. Sicher gebundene Personen haben eine positive Sicht auf andere und suchen in bindungsrelevanten Situationen die Nähe von möglichst vertrauten Menschen, von denen sie sich eine feinfühlige Befriedigung ihrer Bindungsbedürfnisse, z.B. in Form von Wärme, Akzeptanz, Trost, Zuspruch oder Mitleid, erhoffen (vgl. Höger et al. 2008). Bindungserfahrungen können beeinflussen, inwiefern man Personen in seinem sozialen Netzwerk als grundsätzlich verfügbar wahrnimmt. So findet sich in der Literatur, dass Personen mit sicherem Bindungsmuster die verfügbare Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld als „optimal“ empfinden und signifikant mehr Unterstützung wahrnehmen (vgl. Kidd & Sheffield 2005, Declercq & Palmans 2006). Der Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Resilienz stellte sich in der vorliegenden Studienpopulation mit geringerer Effektstärke ebenfalls signifikant dar. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Alvarez und Hunt (2005), die auf eine starke Assoziation zwischen Resilienz und der Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Unterstützung hinwiesen. Resiliente Persönlichkeiten nutzen zwischenmenschliche Beziehungen als „soziale Ressourcen“, die die eigenen personalen Kompetenzen ergänzen und fördern (vgl. Klauer & Schwarzer 2001, Klauer et al. 2007) und unterstützend beim Meistern individueller Herausforderungen im Leben mitwirken. Hinsichtlich der Wahrnehmung sozialer

Unterstützung ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Erfahrung von Sicherheit, Vertrautheit und Wertschätzung in zwischenmenschlichen Beziehungen für diese adipösen Patienten von größerer Bedeutung zu sein schien, als die persönliche Kompetenz bzw. resiliente Persönlichkeitseigenschaften.

Für „bedrohungsmindernde Bewältigung“ ergab sich für Resilienz ein signifikanter Haupteffekt, während sich das Bindungsmuster in diesem Zusammenhang nicht signifikant darstellte. Diese Ergebnisse werden durch Campbell-Sills et al. (2006) bestätigt, die positive Assoziationen zwischen problemorientiertem (task-oriented) Coping und Resilienz sowie inverse Assoziationen zwischen Resilienz und emotionsbezogenem Coping nachwiesen. Bedrohungsmindernde Krankheitsbewältigung setzt eine gewisse „persönliche Kompetenz“ bzw. „Ich-Leistungen“ voraus, um durch gezielte Handlungen sowie kognitive Umstrukturierung zur Lösung von krankheitsspezifischen Problemen beizutragen (vgl. Heim et al. 1991). In diesem Zusammenhang erscheint es plausibel, dass resiliente Persönlichkeitseigenschaften bzw. persönliche Kompetenzen für diese adipösen Patienten hinsichtlich adaptiver, gesundheitsfördernder Bewältigung bedeutsamer waren, als ein sicheres Bindungsmuster.

Für „bedrohungsfokussierte Bewältigung“ zeigte sich für das Bindungsmuster ein signifikanter Haupteffekt, während sich Resilienz nur tendenziell signifikant darstellte. Autoren, die die Bindungstheorie als Emotionsregulationstheorie begreifen, betonen die Assoziation zwischen einem sicheren Bindungsmuster und einer adäquaten Affektregulation (Fabricatore & Wadden 2003, Mikulincer et al. 2003, Pereg & Mikulincer 2004). Daher liegt die Vermutung nahe, dass Personen mit sicherem Bindungsmuster eher weniger bedrohungsfokussierte Bewältigung anwenden, die Defizite in der Affektregulation widerspiegelt bzw. mit dem Erleben starker negativer Affekte (z.B. Scham, Wut, Trauer) verbunden ist (vgl. Hessel 2000). Resilienz stellte in diesem Zusammenhang vermutlich eher die kognitive und weniger die emotionale Komponente dar und war daher nicht so stark mit bedrohungsfokussierter Bewältigung assoziiert.

Die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität wird mit dem SF-12 als subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand bzw. erlebte psychische Gesundheit erfasst (vgl. Bullinger 2000, Kohl & Strauß 2010). Sie beinhaltet als mehrdimensionales Konstrukt mentale, soziale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit in Bezug auf Aktivitäten des

täglichen Lebens. Genauer betrachtet lassen sich inhaltlich die 4 Subdimensionen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden mithilfe der psychischen Summenskala des SF-12 erfassen (vgl. Bullinger 2000). Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen zur psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde vermutet, dass **ein sicheres Bindungsmuster und hohe Resilienz mit guter erlebter psychischer Gesundheit in Zusammenhang stehen**. Bei der Prüfung der **Hypothese 4b** zeigte sich, dass sowohl sicher gebundene als auch hochresiliente Patienten im Mittel einen signifikant höheren Punktwert auf der psychischen Summenskala des SF-12 erreichten, im Vergleich zu Patienten mit unsicherem Bindungsmuster bzw. niedriger Resilienz. In der zweifaktoriellen Varianzanalyse ergab sich ein signifikanter Haupteffekt für Resilienz. Hypothese 4b konnte statistisch bestätigt werden. Bindungssicherheit stellt keineswegs eine deterministische Voraussetzung für gute psychische Gesundheit dar. Dennoch gilt sie in der wissenschaftlichen Literatur als ein wichtiger Faktor für eine angemessene psychische bzw. kognitive, soziale und emotionale Entwicklung (vgl. Zwyer 2008). Daher ist nachvollziehbar, dass Personen mit sicherem Bindungsmuster eher über subjektives Wohlbefinden bzw. gute, psychische Gesundheit berichten, als Personen mit unsicheren Bindungsrepräsentanzen. Strauß et al. (2002) betonen die Bedeutung sicherer Bindungserfahrungen als Erfahrungen der sozialen Regulation negativer Gefühle, die die Grundlage für den individuellen Umgang mit emotionalen Belastungen bilden. Ein sicheres Bindungsmuster ist mit dem vermehrten Erleben positiver Affekte bzw. der verringerten Wahrnehmung depressiver Symptome verbunden (vgl. Kidd & Sheffield 2005). Morschitzky (2007) wies darauf hin, dass eine sichere Bindung zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählt, aus deren Verletzung psychische Störungen resultieren können.

In der vorliegenden Untersuchung stellte sich Resilienz als signifikanter Hauptfaktor für die Einschätzung der psychischen Gesundheit der adipösen Patienten dar. Da Resilienz als Persönlichkeitsdisposition u.a. Optimismus, emotionale Stabilität und Flexibilität erfasst, ist es naheliegend, dass Vitalität, soziale und emotionale Funktionsfähigkeit als Komponenten des Konstruktes „psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität“ stark mit Resilienz assoziiert sind. Resiliente Persönlichkeiten verfügen über eine Vielzahl kognitiver, emotionaler und sozialer Verhaltensweisen, die eine grundlegende Anpassungs- und

Funktionsfähigkeit und damit eine gute psychische Gesundheit ermöglichen (vgl. Block & Block 1980). Laut Friborg et al. (2005) und Dowrick et al. (2008) dient Resilienz als „persönliche Medizin“ im Umgang mit eigenen Problemen bzw. der psychischen Gesundheit. Resilienz im Sinne eigener Akzeptanz und persönlicher Kompetenz scheint für diese adipösen Patienten im Umgang mit und der Einschätzung ihrer eigenen psychischen Gesundheit bedeutsamer zu sein als eine sichere Bindungsrepräsentanz. Vermutlich sind es resiliente Persönlichkeitseigenschaften, wie das Gefühl der Selbstwirksamkeit und der Handlungskompetenz, die zusätzlich zur Fähigkeit der angemessenen Emotionsregulation (vgl. sicheres Bindungsmuster) zu einer adäquaten psychischen Regulationsfähigkeit bzw. zu einem ausgeglichenen psychischen Funktionsniveau beitragen.

Bei der Prüfung der **Hypothese 4c, Hohe wahrgenommene soziale Unterstützung und bedrohungs-mindernde Bewältigung stehen in Zusammenhang mit guter psychischer Gesundheit sowie geringer Depressivität und Angst**, zeigte sich, dass sich sowohl für die wahrgenommene soziale Unterstützung als auch für die bedrohungs-mindernde Bewältigung eine positive Korrelation zur subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit andeutete. Dennoch ergaben sich bei beiden Variablen keine signifikanten linearen Zusammenhänge. Für die bedrohungs-fokussierte Bewältigung zeigte sich eine signifikant negative Korrelation zur psychischen Gesundheit. Soziale Unterstützung und bedrohungs-mindernde Bewältigung korrelierten signifikant negativ mit Depressivität und Angst, während bedrohungs-fokussierte Bewältigung stark positiv und signifikant mit Depressivität und Angst in Zusammenhang stand. Obwohl sich kein direkter linearer Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und sozialer Unterstützung sowie bedrohungs-mindernder Bewältigung nachweisen ließ, zeigte sich varianzanalytisch, dass Patienten mit hoher wahrgenommener sozialer Unterstützung sowie starker bedrohungs-mindernder Bewältigung ihre psychische Gesundheit im Mittel besser einschätzten, im Vergleich zu Patienten mit geringerer Ausprägung beider Variablen. Hypothese 4c konnte größtenteils bestätigt werden.

Schwarzer (2004) sieht v.a. das gesundheitsfördernde Verhalten als positiven Vermittler zwischen sozialer Unterstützung und guter Gesundheit sowie subjektivem Wohlbefinden. Laut Klauer et al. (2007) gilt soziale Unterstützung im

Sinne von Zuwendung, Trost und materieller Hilfe als Schutzfaktor gegenüber der Ausbildung von psychischen Beeinträchtigungen. Diverse Autoren betonten eine positive Assoziation v.a. zwischen wahrgenommener, sozialer Unterstützung und guter psychischer Gesundheit (Lindorff 2000, Sarason et al. 2001, Uchino 2004). Archonti et al. (2004) konnten nachweisen, dass soziale Unterstützung positiv mit der Lebensqualität und negativ mit Depressivität korrelierte. Danach reduziert die Wahrnehmung positiver Beziehungen das Risiko psychischer Beeinträchtigung. Andererseits ist anzunehmen, dass adipöse Patienten mit gering ausgeprägter Depressivität bzw. ohne stärkere psychische Beeinträchtigung gezielter nach sozial unterstützenden Beziehungen suchen bzw. diese vermehrt wahrnehmen (vgl. Archonti et al. 2004).

Einige Autoren wiesen darauf hin, dass die bevorzugte Wahl bedrohungs-mindernder gegenüber bedrohungsfokussierter Bewältigung mit besserer subjektiver, psychischer Gesundheit assoziiert ist (Hessel et al. 2000, Fledderus et al. 2010, Hori et al. 2010). Bedrohungsmindernde Bewältigung ist laut Hessel (2000) mit einer hohen internalen Kontrollüberzeugung verbunden. Vermutlich führt diese Überzeugung, die krankheitsspezifischen Stressoren selbst kontrollieren und modifizieren zu können, zu Angstreduktion und verringerter Depressivität. Garnefski et al. (2002) beschrieben, dass die integrierende Behandlung der Erkrankung („acceptance“), die positive Neubewertung als Tendenz, bestimmte Lebensereignisse weniger als Belastung und mehr als Herausforderung zu sehen („positive reappraisal“) sowie eine positive bzw. optimistische kognitive Umstrukturierung („positive refocusing“) signifikant negativ mit Angst und Depressivität korrelierten. Diese Copingstrategien decken sich mit den Charakteristika bedrohungsmindernder Bewältigung nach Heim et al. (1991).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die bedrohungsfokussierte gegenüber der bedrohungsmindernden Bewältigung in dieser Untersuchung insgesamt in einem stärkeren negativen Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit sowie in einem stärkeren positiven Zusammenhang mit Depressivität und Angst stand.

Um den gemeinsamen Einfluss von Adipositas, Krankheitsbewältigung und wahrgenommener sozialer Unterstützung auf die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität zu untersuchen, wurde vermutet, dass **Patienten mit hohem BMI, starker bedrohungsfokussierter Bewältigung und einer geringen Wahrnehmung sozialer Unterstützung ihre eigene psychische Gesundheit eher schlecht einschätzen.** Bei der Prüfung der **Hypothese 4d** über eine lineare Regressionanalyse ergab sich für die bedrohungsfokussierte Bewältigung ein signifikanter Haupteffekt auf die psychische Gesundheit. Danach war die Einschätzung der psychischen Gesundheit umso schlechter, je stärker die Patienten bedrohungsfokussiert bewältigten. Die wahrgenommene, soziale Unterstützung zeigte ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit, wobei eine geringe Wahrnehmung sozialer Unterstützung mit einer schlechteren psychischen Gesundheit assoziiert war. Der BMI stellte sich innerhalb des Gesamtmodells nicht signifikant dar. Hypothese 4d konnte für die bedrohungsfokussierte Bewältigung sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung bestätigt werden.

In Anlehnung an Hypothese 4c ließ sich mithilfe der Regressionsanalyse nachweisen, dass der positive Zusammenhang zwischen maladaptiver bedrohungsfokussierter Bewältigung und der Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der adipösen Patienten, trotz der Wahrnehmung unterstützender sozialer Beziehungen, überwog. Es wurde deutlich, dass der BMI allein in diesem Zusammenhang nicht bedeutsam für die Einschätzung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität erschien.

Die wahrgenommene soziale Unterstützung der adipösen Patienten in der vorliegenden Untersuchung unterscheidet sich kaum von der einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung (Fydrich et al. 1999, vgl. Dierk et al. 2006). So konnte kein Mangel oder Fehlen unterstützender Beziehungen nachgewiesen werden, wie dies Hörchner et al. (2002) beschrieben. Wahrgenommene soziale Unterstützung ist dennoch nicht mit in Anspruch genommener Unterstützung gleichzusetzen. Hilbert et al. (2007) konnten zeigen, dass Adipöse sich meist scheuen soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen, trotz der adäquaten Wahrnehmung eines unterstützenden Umfeldes. Sie erklärten dies damit, dass etwa 40% der adipösen Erwachsenen in Deutschland die Ursachen

von Adipositas ausschließlich in individueller Verantwortung sehen, während nur 10% eine soziale Verantwortung postulieren.

In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die gesundheitsfördernde bedrohungsmindernde Bewältigung mit zunehmender Wahrnehmung sozialer Unterstützung signifikant zu- und die bedrohungsfokussierte Bewältigung abnahm. Dies deckt sich mit den Studienergebnissen von Autoren, die die Suche nach sozialer Unterstützung bereits als aktive Copingstrategie ansehen, das eigene soziale Netzwerk mit dem Ziel der Stressbewältigung zu mobilisieren (vgl. Klauer & Schwarzer 2001, Klauer et al. 2007). Ebenso ist der gegenläufige Richtungszusammenhang denkbar, wonach das individuelle Bewältigungsverhalten die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen sozialen Unterstützung beeinflusst. Nach Holtzman et al. (2004) bedingen eher negative „feindselige“ (hostile) Copingstrategien eine ungenügende und unbefriedigende wahrgenommene Unterstützung, die wiederum maladaptives Bewältigungsverhalten nach sich zieht.

Die bedrohungsmindernde Bewältigung nahm in dieser Untersuchung mit zunehmendem BMI signifikant ab, während die bedrohungsfokussierte Bewältigung signifikant anstieg. Diese Ergebnisse bestätigen die bereits in Hypothese 3c nachgewiesenen und diskutierten Zusammenhänge zwischen Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung und den Bewältigungsformen.

Zwischen der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und dem BMI zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Gleichmaßen konnten Wiczinski et al. (2009) keine signifikante Korrelation zwischen BMI und sozialer Unterstützung nachweisen. Während sich zwischen psychischer Gesundheit und BMI lediglich ein negativer Zusammenhang andeutete, zeigte die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung eine signifikant negative Korrelation zur subjektiven Einschätzung der psychischen Gesundheit. Diese Ergebnisse decken sich mit denen anderer Studien, wonach die Höhe des Body-Mass-Index bei beiden Geschlechtern keine direkte Assoziation mit der Einschätzung der psychischen Gesundheit zeigte (Legenbauer et al. 2007, Wiczinski et al. 2009, De Zwaan et al. 2009). Vor allem die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität wird nicht durch die Höhe des BMI allein, sondern durch die Anzahl komorbider körperlicher wie auch psychischer Erkrankungen beeinflusst (vgl. Legenbauer et al. 2007, Wiltink et al. 2007, De Zwaan et al. 2009). Insgesamt zeigte sich, dass die adipösen Patienten der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der

psychischen Gesundheit im Vergleich zu deutschen Normstichproben mit chronischen Erkrankungen im Mittel relativ stark belastet sind (vgl. Bullinger und Kirchberger 1998).

Die Ergebnisse der Hypothese 4d deuten darauf hin, dass individuelle Defizite in der Emotions- und Stressregulation bzw. im Bewältigungsverhalten sowie unzureichende soziale Unterstützung wesentlicher für die Einschätzung bzw. Beeinträchtigung der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind, als die reine Tatsache, einen hohen BMI bzw. eine Adipositas aufzuweisen.

6.1.5 Hypothese 5

Bindungsmuster, Resilienz, Krankheitsbewältigung und Adipositas stehen in Zusammenhang mit Depressivität und Angst.

Ausgehend von der Vorstellung, dass sowohl abweisendes als auch überprotektives elterliches Erziehungsverhalten als Basis unsicherer kindlicher Bindungserfahrungen zu inadäquater Affektregulation führen und mit dem erhöhten Risiko von Psychopathologien einhergehen kann (vgl. Adams & Sutker 2001), wurde vermutet, dass **Negativ erinnertes elterliches Erziehungsverhalten in Zusammenhang mit erhöhter Depressivität und Angst steht.** Bei der Prüfung der **Hypothese 5a** zeigte sich, dass hohe erinnerte mütterliche Kontrolle und Überbehütung sowie vor allem hohe erinnerte väterliche Ablehnung und Strafe signifikant positiv mit Depressivität korrelierten, während sich bei den anderen Skalen des FEE keine signifikanten linearen Zusammenhänge ergaben. Weiterhin zeigte sich, dass erinnerte mütterliche und väterliche Kontrolle und Überbehütung sowie erinnerte elterliche Ablehnung und Strafe für die adipösen Studienteilnehmer hinsichtlich erhöhter Ängstlichkeit von Bedeutung waren. Hypothese 5a konnte bestätigt werden, da sich nachweisen ließ, dass erinnerte negative Aspekte des elterlichen Erziehungsverhaltens, wie übermäßige Kontrolle und Überbehütung sowie hohe Ablehnung und Strafe, in positivem Zusammenhang zu Depressivität und Angst stehen.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Ihle et al. (2005), die eine signifikante Assoziation zwischen hoher erinnelter elterlicher Ablehnung und Strafe sowie Kontrolle und Überbehütung und einer depressiven oder ängstlichen Symptomatik nachwiesen. Anhalt und Morris (2008) beschrieben einen signifi-

kanten Zusammenhang zwischen mangelnder elterlicher Fürsorge bzw. Wärme sowie elterlicher Überbehütung (affectionless control style) und Depressivität und Angst. In einer aktuellen Übersichtsarbeit von Lima (2010) wird auf zahlreiche internationale Studien hingewiesen, in denen das elterliche Erziehungsverhalten keine unbedeutende Rolle bei der Entwicklung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter spielte. Danach waren vor allem mangelnde emotionale Wärme (emotional neglect) und Überbehütung (overprotection) mit depressiven und ängstlichen Symptomen assoziiert. Einige Autoren sehen internalisierte dysfunktionale Überzeugungen oder Einstellungen bzw. maladaptive kognitive Schemata als Mediator zwischen einer „ungünstigen“ elterlichen Erziehung (low care and high control/overprotection) und der Entwicklung von Psychopathologien bzw. Depressivität und Angst (Shah & Waller 2000, McGinn et al. 2005). Überbehütung soll einerseits die Unterdrückung bzw. Hemmung von Gefühlsäußerungen (emotional inhibition) im Sinne einer gestörten Affektregulation, unterwürfiges Verhalten (subjugation) und Selbstaufopferung (self-sacrifice) bedingen. Andererseits führt überbehütende kontrollierende Erziehung zur Internalisierung eigener unnachgiebiger Anforderungen bzw. Ansprüche (unrelenting standards) sowie zur verstärkten Tendenz nach Anerkennung und Zustimmung zu suchen (approval seeking). Ein ablehnendes und strafendes Erziehungsverhalten führt hingegen zur Internalisierung von Gedanken und Gefühlen, die mit Verlassenheit (abandonment), persönlicher Mangelhaftigkeit (defectiveness), Misstrauen bzw. Zweifel (mistrust) sowie gesellschaftlicher Vereinsamung bzw. Ausgrenzung zusammenhängen.

Insgesamt wurde deutlich, dass die erinnerten negativen Aspekte des elterlichen Erziehungsverhaltens für die adipösen Patienten der vorliegenden Untersuchung hinsichtlich der Ausprägung ängstlicher Symptome relevanter erschienen als für eine verstärkte depressive Symptomatik.

Hypothese 5b, Patienten mit einem sicheren Bindungsmuster sowie hoher Resilienz werden in Bezug auf Depressivität und Angst weniger häufig als auffällig klassifiziert, konnte bestätigt werden, wobei das Bindungsmuster in dieser Untersuchung für die Klassifizierung „auffällig“ versus „unauffällig“ in Bezug auf Depressivität und Angst die größere Relevanz zu haben schien. Es zeigte sich, dass ein signifikant geringerer prozentualer Anteil an adipösen Patienten in

Bezug auf Depressivität und Angst als auffällig klassifiziert wurde, wenn ein sicheres im Vergleich zu einem unsicheren Bindungsmuster bzw. eine hohe im Vergleich zu einer niedrigen Resilienz vorlag.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Runkewitz et al. (2006), wonach sowohl hohe Resilienz als auch eine sichere Bindung signifikant mit reduzierter Depressivität und Angst in Zusammenhang standen. Ebenso konnten Reis und Grenyer (2004) und Kidd und Sheffield (2005) zeigen, dass ein sicheres Bindungsmuster mit der verringerten Wahrnehmung depressiver Symptome assoziiert war. Scheidt und Waller (2005) wiesen nach, dass ein sicheres Bindungsmuster mit der Fähigkeit zur adäquaten Distressregulation und daher mit reduzierter Angst assoziiert ist. Laut Tugade et al. (2004) geht hohe Resilienz mit einem positiven und stabilen emotionalen Empfinden einher und ist mit geringerer Störanfälligkeit und Depressivität verbunden. In einer aktuellen Studie von Hjemdal (2010) bestätigte sich, dass höhere Resilienz ein Prädiktor für geringe Depressivität und Angst darstellt. Unsichere Bindungsmuster waren hingegen mit depressiven Erwartungen und Gedanken, einer höheren Anzahl depressiver Episoden (Bifulco et al. 2002, Beatson & Taryan 2003, Conradi & De Jonge 2009, Liu et al. 2009) sowie mit gestörter Affektregulation im Sinne von erhöhter Ängstlichkeit und Angststörungen assoziiert (Bifulco et al. 2002, 2006, Scheidt & Waller 2005).

Bei der Prüfung der **Hypothese 5c, Ein hoher BMI bzw. eine starke Adipositas-spezifische Gesamtbelastung sowie hohe bedrohungs-fokussierte Bewältigung stehen mit erhöhter Depressivität und Angst in Zusammenhang**, zeigte sich, dass ein zunehmender BMI sowohl mit erhöhter Depressivität als auch mit erhöhter Angst signifikant positiv korrelierte. Während sich dieser positive Zusammenhang zur Depressivität bei der Adipositas-spezifischen Gesamtbelastung verstärkte, ergab sich kein signifikanter Zusammenhang mit erhöhter Ängstlichkeit. Es zeigte sich, dass ein signifikant größerer prozentualer Anteil an Patienten mit Adipositas Grad 2 und 3 in Bezug auf Depressivität als auffällig klassifiziert wurde, im Vergleich zu Patienten mit Adipositas Grad 1. In Bezug auf Angst zeigte sich nur deskriptiv, dass ein größerer prozentualer Anteil an Patienten mit Adipositas 3 als auffällig klassifiziert wurde, im Vergleich zu Patienten mit Adipositas Grad 1 und 2. Es wurde deutlich, dass die Patienten v.a. dann erhöhte Depressivität und Angst aufwiesen, wenn sie in hohem Maße bedrohungs-fokussiert bewältigten. Hypothese 5c konnte größtenteils bestätigt

werden, wobei sich v.a. für die bedrohungs-fokussierte Bewältigung ein starker Zusammenhang mit erhöhter Depressivität und Angst ergab.

Die adipösen Patienten dieser Untersuchung weisen im Mittel höhere Werte für Depressivität und Angst auf als deutsche Kontrollkollektive und sind mit kardiologischen und onkologischen Patientenkollektiven zu vergleichen (vgl. Hermann et al. 1995). Die relativen Häufigkeiten auffälliger Angst- und Depressionswerte im HADS-D lagen in dieser Untersuchung wesentlich höher als in der deutschen Allgemeinbevölkerung (vgl. Hinz & Schwarz 2001). Diese vergleichsweise erhöhten Angst- und Depressionswerte sowie die korrelativen, wenn auch schwach signifikanten, Zusammenhänge zwischen dem BMI und den HADS-D-Subskalen deuten auf eine nicht zu unterschätzende, mit Adipositas einhergehende, psychische Belastung bzw. Komorbidität hin. Die mithilfe des HADS-D als auffällig klassifizierten Patienten müssten dennoch einer weiterführenden psychiatrischen Diagnostik zugeführt werden, um die entsprechende klinische Relevanz der depressiven oder ängstlichen Symptome genauer zu verifizieren.

Diverse internationale Studien zeigten, dass ein ansteigendes Gewicht bzw. ein hoher BMI mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen, wie z.B. Depression und Angststörungen, assoziiert war (Roberts et al. 2003, Simon et al. 2006, Farmer et al. 2008, Petry et al. 2008). Baumeister und Härter (2007) wiesen bei adipösen Patienten erhöhte Prävalenzraten für affektive, Angst- und somatoforme Störungen nach. Einige Autoren betonten, dass insbesondere die morbid Adipositas Grad 3 im Vergleich zu Adipositas Grad 1 und 2 mit einer höheren Prävalenz psychischer Störungen assoziiert war (Wadden et al. 2006, Castress et al. 2010). In der vorliegenden Untersuchung deutete sich bereits für die Adipositas Grad 2 eine verstärkte psychische Belastung an, weshalb der Fokus hinsichtlich medizinischer Betreuung bzw. Intervention nicht ausschließlich auf der morbid Adipositas Grad 3 liegen sollte. Insgesamt kann von einem bidirektionalen Zusammenhang zwischen Adipositas und Depressivität ausgegangen werden. Eine lang bestehende Adipositas, einhergehend mit zahlreichen frustranen Diätversuchen, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und sozialer Stigmatisierung kann das Risiko einer Depression erhöhen. Andererseits bedingen mangelnde Bewegung und affektgesteuertes Essverhalten im Rahmen einer Depression die Entwicklung einer Adipositas (vgl. Markowitz et al. 2008, BMJ 2009).

Der grundlegende Zusammenhang zwischen bedrohungsfokussierter Bewältigung und einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit wurde bereits im Rahmen des vierten Hypothesenkomplexes diskutiert. Dass maladaptive, stark emotionsbezogene bzw. bedrohungsfokussierte Bewältigung ganz speziell mit ängstlicher und depressiver Symptomatik in Zusammenhang steht, konnte nicht nur in dieser Untersuchung gezeigt, sondern bereits in zahlreichen Studien bestätigt werden (vgl. Shikai et al. 2009, Horney et al. 2010, Zhang et al. 2009).

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass das erinnerte väterliche Erziehungsverhalten sowohl in Bezug auf eine unsichere Bindungsrepräsentanz im Erwachsenenalter als auch auf die Störbarkeit des Essverhaltens und erhöhte Depressivität und Angst in dieser Studienpopulation relevanter zu sein schien, als das mütterliche Erziehungsverhalten. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich des verstärkten Einflusses des Vaters zeigten sich bereits in einer Studie von Modestin et al. (2008), bei der ca. 60% der Studienpopulation, wie auch in der vorliegenden Untersuchung, weiblich waren. Neben dem möglichen Einfluss von Geschlechtseffekten bzw. der besonderen Bedeutung der reziproken Vater-Tochter-Beziehung können diese Ergebnisse auch auf einen Kohorteneffekt zurückzuführen sein. Bei einem mittleren Alter der Studienteilnehmer von $M = 60,2$ Jahren sind die Patienten größtenteils der Nachkriegsgeneration (1948er Jahrgang) mit vorherrschend strenger bzw. autoritärer Vaterfigur zuzuordnen (vgl. Horkheimer 1985).

6.2 Methodische Diskussion

Da die vorliegende Studie auf dem Design einer deskriptiven Querschnittsanalyse basiert, stellen die qualitativen und quantitativen Merkmale der untersuchten Parameter sowie die gefundenen Zusammenhänge eine „Momentaufnahme“ dar. Es sind keine Aussagen zum Langzeitverlauf bzw. zur qualitativen Veränderung eines untersuchten Merkmals sowie keine kausalen Schlüsse über die Ursache-Wirkungs-Beziehung zwischen zwei Variablen möglich.

Bei Adipositas handelt es sich um ein „schambesetztes“, empfindliches Thema. Demnach kann bei den teilnehmenden adipösen Patienten eine „positive Selektion“ vorliegen (Selektionsbias). Die Erfassung der Adipositas beruhte auf Selbstangaben zu Gewicht und Körpergröße, die zumeist eine Diskrepanz zu den objektiven Werten aufweisen (vgl. Schultz & Woringen 2002, Bruffaerts et al. 2008). Subjektive Daten unterschätzen den BMI und sind Geschlechts- und

Alterseffekten unterlegen (Glaesmer & Brähler 2002) sowie abhängig von der Zufriedenheit mit der eigenen körperlichen Erscheinung (Rasmussen et al. 2007). Eine Veränderung der tatsächlichen Verteilung der Adipositasgrade innerhalb der Studienpopulation bzw. eine Verzerrung in Richtung niedriger Adipositasgrade ist nicht auszuschließen. Einige Autoren betrachteten die Erfassung von Adipositas mithilfe des BMI als zu ungenau und kritisierten die unzureichende Aussagefähigkeit des BMI hinsichtlich der Assoziation mit gesundheitlichen Risiken (Ulmer 2005, Welborn & Dhaliwal 2007, Schneider et al. 2010). Da die vorliegende Studie nicht das Ziel verfolgte, das metabolische oder kardiovaskuläre Risiko der adipösen Patienten zu ermitteln, wurde nur der BMI zur Operationalisierung der Adipositas in die WHO-Grade 1-3, ohne die zusätzliche Erfassung von Taillenumfang und WHR, verwendet. Eine große prospektive Langzeitstudie (n = 359.387, neun europäische Staaten) konnte dennoch zeigen, dass neben dem Taillenumfang und der WHR auch der BMI signifikant mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert ist (Pischon et al. 2008).

Die Adipositas-spezifische Gesamtbelastung wurde von der Promovendin theoriegeleitet zusammengestellt und stellt kein standardisiertes Messinstrument mit bereits überprüfter Testgüte dar. Dennoch ließ sich zeigen, dass dieser Index durch die gleichzeitige Erfassung der mit Adipositas verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen einen stärkeren Zusammenhang zu wichtigen Studienvariablen zeigte, als der BMI allein. Zur Operationalisierung der Komplexität der Adipositas schien der Index in dieser Untersuchung demnach geeignet. Da die erhobenen Daten der Fragebogenanteile zumeist auf subjektiven Selbsteinschätzungen basieren, kann eine Antwortverzerrung im Sinne „sozialer Erwünschtheit“ (social desirability bias) bzw. die „Tendenz zur positiven Selbstdarstellung“ insbesondere bei „heiklen“ Themen nicht ausgeschlossen werden (vgl. Musch et al. 2002, Stocké 2004, Schnell et al. 2008). Der Fragebogen ist mit 17 Seiten sehr umfangreich, weshalb nicht alle 164 Patienten jede Frage beantworteten. Es lagen nicht bei jedem Patienten alle erforderlichen klinischen Daten vor. So resultieren unterschiedliche Fallzahlen in den geprüften Unterhypothesen mit eventuell fehlender Signifikanz der Ergebnisse aufgrund eines zu geringen Stichprobenumfangs (Fehler 2. Art, β -Fehler).

7 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass zahlreiche psychische und soziale Faktoren sowie psychobiologische Mechanismen für die Entstehung, Ausprägung und Aufrechterhaltung der Adipositas eine Rolle spielen. Bestimmte Persönlichkeitsbedingungen scheinen mit einer stärkeren Ausprägung der Adipositas und mit einer damit einhergehenden Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden zu sein. Deshalb sollte die Bedeutung dieser psychosozialen Einflussfaktoren, neben dem zunehmenden Fokus auf genetische Ursachen der Adipositas, nicht unterschätzt werden. Neben der möglichen Bedeutung der Bindungsrepräsentanz und des Essverhaltens für die Adipositasgenese stehen in der vorliegenden Untersuchung vor allem die Bewältigungsstrategien in einem starken Zusammenhang mit der subjektiven gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie mit Depressivität und Angst der adipösen Patienten. Es wurde deutlich, dass Resilienz als Ausdruck dispositioneller psychischer Widerstandsfähigkeit bzw. emotionaler Stabilität vor allem mit der psychischen Gesundheit assoziiert ist, während ein sicheres Bindungsmuster als Basis einer angemessenen Emotions- und Stressregulation sowohl mit der psychischen als auch mit der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Zusammenhang steht.

Die in dieser Studie im Vergleich zur Normalbevölkerung verstärkte körperliche und psychische Belastung der adipösen Patienten verweist auf den Interventionsbedarf bei Vorliegen einer Adipositas, mindestens bei Patienten mit Grad 2. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung sollten medizinische Parameter (u.a. BMI, Taillen- und Hüftumfang, Laborparameter) und Risikofaktoren mithilfe qualitätsgesicherter und evidenzbasierter Methoden konsequenter dokumentiert werden. Daneben ist es Aufgabe des Hausarztes, die multifaktorielle Genese der Adipositas bzw. die individuellen Bedingungen, die zu deren Entstehung und Aufrechterhaltung beitragen, differenziert zu erfassen, um die Patienten an spezialisierte Zentren bzw. psychosomatische Spezialsprechstunden zu vermitteln und eine individuelle fachspezifische Diagnostik und Therapie zu gewährleisten. Dazu sollten ökonomische adipositas-spezifische Testverfahren als Screening in der hausärztlichen Praxis etabliert werden, um eine sorgfältige Exploration der Patienten trotz „chronischem Zeitmangel“ in der ärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Dieses Screening soll individuelle psychosoziale Problembereiche

und Bedürfnisse der Patienten sowie häufige psychische Komorbiditäten (Depressivität, Angst) erfassen und damit der Ermittlung des spezifischen Therapiebedarfs dienen. In Bezug auf den Einsatz und die Auswertung solcher Screeninginstrumente erscheint eine spezielle Schulung der Ärzte in der hausärztlichen Versorgung sinnvoll. Die differenziertere Erfassung der Komplexität der Adipositasgenese trüge zum Abbau von Vorurteilen und sozialer Stigmatisierung bei. Dies könnte den adipösen Patienten dabei helfen, individuelle Barrieren zu überwinden und sich aktiver Hilfe und Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld zu suchen bzw. diese auch anzunehmen.

In Anbetracht der Komplexität der Adipositasgenese scheinen alleinige Lifestyle-interventionen, bestehend aus kalorienreduzierter Ernährung und einer Wiederaufnahme angemessener körperlicher Aktivität im Alltag, nicht erfolversprechend zu sein. Die vorliegende Untersuchung weist auf die Notwendigkeit der Kombination internistischer und psychiatrischer bzw. psychosomatischer Behandlungsansätze hin und bestärkt dabei besonders die Bedeutung der psycho- bzw. verhaltenstherapeutischen Komponente innerhalb der Adipositasbehandlung. Im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollten vor allem adaptive Copingstrategien zur Stressbewältigung und Emotionsregulation entwickelt, maladaptive Bewältigung reduziert und die interne Motivation zur Gewichtsreduktion sowie Selbstkontrolle und Selbstwahrnehmung gefördert werden.

Neben dem Fokus auf die Therapiemöglichkeiten betonen die signifikanten Zusammenhänge zwischen Adipositas und früh erlernten Essverhaltensmustern sowie negativ erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten, als Basis einer unsicheren Bindungsrepräsentanz, die Notwendigkeit der Adipositas-Prävention. Diese sollte unter Berücksichtigung der psychosozialen Risikofaktoren bereits im Kindesalter erfolgen, vor allem im familiären und schulischen Setting.

Da die Langzeiterfolge der Adipositastherapie bisher noch wenig zufriedenstellend sind, könnte die genauere Untersuchung der Veränderung von psychosozialen Faktoren während bzw. nach einer psychotherapeutischen Intervention von zukünftigem wissenschaftlichem Interesse sein. Es sollte geklärt werden, welche individuellen Bedingungen mit einer langfristigen Reduktion und Stabilisierung des Körpergewichts verbunden sind und damit im Rahmen langfristig angelegter, therapeutisch begleiteter Nachsorgeprogramme im Sinne einer Rückfallprophylaxe geschaffen werden können.

Literaturverzeichnis

- Adams HE und Sutker PB. 2001. Comprehensive handbook of psychopathology. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. 1978. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum.
- Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WPT. 2009. Harmonizing the Metabolic Syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120: 1640-1645.
- Allport GW. 1949. *Persönlichkeit: Struktur, Entwicklung und Erfassung der menschlichen Eigenart*. Stuttgart: Klett.
- Alvarez J, Hunt M. 2005. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Trauma and Stress*, 18(5): 497–505.
- Andreyeva T, Michaud PC, van Soest A. 2007. Obesity and health in Europeans aged 50 years and older. *Public Health*, 121(7): 497-509.
- Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. 2008. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*, 16(5): 1129-1134.
- Anhalt K, Morris TL. 2008. Parenting characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *The Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention*, 1-17.
- Annalakshmi N. 2008. The resilient individual: A personality analysis. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34: 110-118.
- Archonti C, D'Amelio R, Klein T, Schäfers HJ, Sybrecht GW, Wilkens H. 2004. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten auf der Warteliste und nach einer Lungentransplantation. *Psychother Psych Med*, 54: 17-22.
- Armitage PJ, Harris CR. 2006. The influence of adult attachment on symptom reporting: Testing a mediational model in a sample of the general population. *Psychology & Health*, 21(3): 351 - 366.
- Asendorpf JB. 2004. *Psychologie der Persönlichkeit*, 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Atwool N. 2006. Attachment and resilience: Implications for children in care. *Child Care in Practice*, 12(4): 315-330.
- Backstrom M, Holmes BM. 2001. Measuring adult attachment: A construct validation of two self-report instruments. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 79–86.
- Ball K, Crawford D. 2005. Socioeconomic status and weight change in adults: a review. *Soc Sci Med*, 60: 1987–2010.
- Ball K, Crawford D. 2006. Socio-economic factors in obesity: a case of slim chance in a fat world? *Asia Pac J Clin Nutr*, 15(1): 15-20.

- Baumeister H, Härter M. 2007. Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *Int J Obes*, 31: 1155-1164.
- Beatson J, Taryan S. 2003. Predisposition to depression: The role of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 219–225.
- Becker S, Rapps N, Zipfel S. 2007. Psychotherapie bei Adipositas – Ein systematischer Überblick. *Psychother Psych Med*, 57: 420-427.
- Beitel M, Cecero JJ. 2003. Predicting psychological mindedness from personality style and attachment security. *Journal of Clinical Psychology*, 59: 163–172.
- Bender R, Zeeb H, Schwarz M, Jockel KH, Berger M. 2006. Causes of death in obesity: relevant increase in cardiovascular but not in allcancer mortality. *J Clin Epidemiol*, 59: 1064–71.
- Benecke A, Vogel H. 2005. Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Band 16). Berlin: Robert Koch Institut. Zugriff am 02. Oktober 2009 unter http://www.rki.de/clin_160/nn_196910/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/uebergewicht,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/uebergewicht.pdf.
- Bengel J, Beutel M, Broda M, Haag G, Härter M, Lucius-Hoene G, Muthny FA, Potreck-Rose F, Stegie R, Weis J. 2003. Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. Herausforderungen für eine psychosoziale Versorgung in der Medizin. *Psychother Psych Med*, 53: 83-93.
- Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. 2002. Adult attachment style: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2): 50–59.
- Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. 2006. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 796–805.
- BMJ. 2009. Common mental disorders and obesity - insight from four repeat measures over 19 years: Prospective Whitehall II cohort study, 339:b3765.
- Block HJ, Block J. 1980. The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behaviour. In: Collins WA, Ed. *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*, 13: 39-102.
- Bogers RP, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Woodward M, Kneki P et al. 2007. Association of overweight with increases risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure and cholesterol levels: a meta-analysis of 21 cohort studies including more than 300 000 persons. *Arch Intern Med*, 167: 1720-8.
- Bogg T, Roberts BW. 2004. Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130: 887–919.
- Boschi V, Iorio D, Margiotta N, D'Orsi P, Falconi C. 2001. The three factor eating questionnaire in the evaluation of eating behaviour in subjects seeking participation in a dietotherapy programme. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 45: 72-77.

- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Vilagut G, Martinez M, Bonnewyn A, De Graaf R, Haro JM, Bernert S, Angermeyer MC, Brugha T, Roick C, Alonso J. 2008. The relation between body mass index, mental health and functional disability: A European population perspective. *Can J Psychiatry*, 53(10): 679-688.
- Brummett BH, Babyak MA, Williams RB, Barefoot JC, Costa PT, Siegler IC. 2006. NEO personality domains and gender predict levels and trends in body mass index over 14 years during midlife. *Journal of Research in Personality*, 40: 222–236.
- Bryant EJ, Kiezebrink K, King NA, Blundell JE. 2010. Interaction between disinhibition and restraint: Implications for body weight and eating disturbance. *Eat Weight Disord*, 15(1-2): e43-51.
- Bullinger M, Kirchberger I. 1998. Fragebogen zum Gesundheitszustand-Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger M. 2000. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 43:190–197.
- Cameron LD, Leventhal H. 2003. Self-regulation, health, and illness: An overview. In Cameron LD, Leventhal H, Eds. *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge, 1-13.
- Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. 2006. Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapie*, 44: 585-599.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. 2000. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90: 251–257.
- Castress I, Folope V, Dechelotte P, Torny-Chollet C, Lemaitre F. 2010. Quality of life and obesity class relationships. *Int J Sports Med*, 31(11): 773-778.
- Chan IWS, Lai JCL, Wong KWN. 2006. Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. *Psychology & Health*, 21(3): 335 – 349.
- Chapman BP. 2009. Can the Influence of Childhood SES on Men and Women's Adult Body Mass be Explained by Adult SES or Personality? Findings From a National Sample. *Health Psychology*, 28(4): 419–427.
- Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. 2002. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*, 64: 660–667.
- Conradi HJ, De Jonge P. 2009. Recurrent depression and the role of adult attachment: A prospective and a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 116: 93–99.
- Costanzo PR, Reichmann SK, Friedman KE, Musante GJ. 2001. The mediating effect of eating self-efficacy on the relationship between emotional arousal and overeating in the treatment-seeking obese. *Eating Behaviors*, 2: 363-368.
- Curtis JP, Selter JG, Wang Y, Rathore SS, Jovin IS, Jadbabaie F et al. 2005. The obesity paradox: body mass index and outcomes in patients with heart failure. *Arch Intern Med*, 165(1): 55-61.

- D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A. 2009. Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism. *Physiology & Behavior*, 98: 543–546.
- Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. 2010. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30: 479-495.
- Declercq F, Palmans V. 2006. Two subjective factors as moderators between critical incidents and the occurrence of post traumatic stress disorders: 'Adult attachment' and 'perception of social support'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79: 323–337.
- DeLongis A, Holtzman S. 2005. Coping in context: The role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality*, 73:6.
- Deusinger JM. 1998. Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Testmanual. Göttingen: Hogrefe.
- Devlin MJ. 2007. Is there a place for obesity in DSM-V? *Int J Eat Disord*, 40: S83-S88.
- De Zwaan M, Herpertz S. 2007. Die Deutschen sind die dicksten Europäer. *Psychother Psych Med*, 57: 409-410.
- De Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, Burgmer R, Nollting B, Legenbauer T, Benecke A, Herpertz S. 2009. Obesity and Quality of Life: A Controlled Study of Normal-Weight and Obese Individuals. *Psychosomatics*, 50: 474–482.
- Dierk JM, Conradt M, Rauh E, Schlumberger P, Hebebrand J, Rief W. 2006. What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 219–227.
- Ditzen B, Neumann ID, Bodenmann G, Dawans B, Turner R, Ehler U, Heinrichs M. 2007. Effects of different kinds of marital interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women. *Psychoneuroendocrinology*, 32: 565–574.
- Dowrick C, Kokanovic R, Hegarty K, Griffiths F, Gunn J. 2008. Resilience and depression: Perspectives from primary care. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(4): 439-452.
- Drapeau V, Provencher V, Lemieux S, Despres JP, Bouchard C, Tremblay A. 2003. Do 6-years changes in eating behaviors predict changes in body weight? Results from the Québec Family Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27: 808-814.
- Dulon M, Bardehle D, Blettner M. 2003. Zur Messung der sozialen Ungleichheit im Mikrozensus und Bundes-Gesundheitssurvey. *Gesundheitswesen*, 66: 629-35.
- Dykes J, Brunner EJ, Martikainen PT, Wardle J. 2004. Socioeconomic gradient in body size and obesity among women: the role of dietary restraint, disinhibition and hunger in the Whitehall II study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28: 262–268.
- Eggert, J, Levendosky, A, Klump, K. 2007. Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *Int J Eat Disord*; 40: 149–155.
- Eisenberg N, Chang L, Ma Y, Huang X. 2009. Relations of parenting style to Chinese children's effortful control, ego resilience and maladjustment. *Dev Psychopathol.*, 21(2): 455-477.

- Elfhag K, Morey LC. 2008. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*, 9: 285–293.
- Eurostat. 2003. Health in Europe. Results from 1997–2000 surveys. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Evangelista LS, Miller PS. 2006. Overweight and obesity in the context of heart failure: implications for practice and future research. *J Cardiovasc Nurs*, 21(1): 27–33.
- Fabricatore AN, Wadden TA. 2003. Psychological functioning of obese individuals. *Diabetes Spectrum*, 16: 245–252.
- Faith MS, Flint J, Fairburn CG, Goodwin GM, Allison DB. 2001. Gender differences in the relationship between personality dimensions and relative body weight. *Obes Res*, 9: 647–650.
- Farmer A, Korszun A, Owen MJ, Craddock N, Jones L, Jones I, Gray J, Williamson RJ, McGuffin P. 2008. Medical disorders in people with recurrent depression. *Br J Psychiatry*, 192: 351–355.
- Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, Dietz W. 2009. Annual medical spending attributable to obesity: Payer- and service-specific estimates. Amid calls for health reform, real cost savings are more likely to be achieved through reducing obesity and related risk factors. *Health Affairs*, 28(5): w822–w831.
- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME. 2010. Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health. *Behavior Modification*, 1–17.
- Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. 2005. Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *JAMA*, 293: 1861–1867.
- Fontaine K, Barofsky I. 2001. Obesity and health-related quality of life. *Obesity Reviews*, 2(5): 173–182.
- Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Odin H. 2005. Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14: 29–42.
- Friedman HS. 2008. The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22: 668–675.
- Friedman HS, Kern ML, Reynolds CA. 2010. Personality and health, subjective well-being and longevity. *Journal of Personality*, 78(1): 179–215.
- Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Sommer G, Brähler E. 1999. Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45: 212 – 216.
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E. 2003. Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Göttingen: Hogrefe.
- Gallo LC, Smith TW, Ruiz JM. 2003. An interpersonal analysis of adult attachment style: Circumplex descriptions, recalled developmental experiences, self-representations and interpersonal functioning in adulthood. *Journal of Personality*, 71: 141–181.

- Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, van den Kommer T, Teerds J. 2002. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25: 603-611.
- Glaesmer H, Brähler E. 2002. Schätzung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas auf der Grundlage subjektiver Daten zum Body-Mass-Index (BMI). *Gesundheitswesen*, 64: 133-138.
- Gunstad J, Paul RH, Spitznagel MB, Cohen RA, Williams LM, Kohn M, Gordon E. 2006. Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research*, 142: 31-37.
- Hach I, Ruhl UE, Klose M, Klotsche J, Kirch W, Jacobi F. 2006. Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur J Public Health*, 17(3): 297-305.
- Hammen C. 2003. Risk and protective factors for children of depressed parents. In: Luthar SS, Ed. *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harden CJ, Corfe BM, Richardson JC, Dettmar PW, Paxman JR. 2009. Body mass index and age affect Three-Factor Eating Questionnaire scores in male subjects. *Nutrition Research*, 29: 379–382.
- Hartemink N, Boshuizen HC, Nagelkerke NJ, Jacobs MA, van Houwelingen HC. 2006. Combining risk estimates from observational studies with different exposure cutpoints: a meta-analysis on body mass index and diabetes type 2. *Am J Epidemiol*, 163: 1042–52.
- Hasui C, Igarashi H, Shikai N, Shono M, Nagata T, Kitamura T. 2009. The Resilience Scale: A duplication study in Japan. *The Open Family Studies Journal*, 2: 15-22.
- Haug-Schnabel G. 2007. Zu dick, zu dünn, wer bin ich? Die Entwicklung des Körperbewusstseins bei Kindern und die Bedeutung eines positiven Selbstbildes als protektiver Faktor im Entwicklungsverlauf. In: Martissek R, Hrsg. *Moderne Ernährung Heute*. Köln: Wissenschaftlicher Pressedienst des LCI, 1-6.
- Hauner H, Buchholz G, Hamann A, Husemann B, Koletzko B, Liebermeister H, Wabitsch M, Westenhöfer J, Wirth A, Wolfram G. 2007. Prävention und Therapie der Adipositas. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Diabetes-Gesellschaft, Deutschen Gesellschaft für Ernährung und Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. Zugriff am 02. Oktober 2009 unter www.adipositas-gesellschaft.de.
- Hauner H, Bramlage P, Lösch C, Schunkert H, Wasem J, Jöckel KH, Moebus S. 2008. Übergewicht, Adipositas und erhöhter Taillenumfang. Regionale Prävalenzunterschiede in der hausärztlichen Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (48): 827-833.
- Haslam DW, James WPT. 2005. Obesity. *Lancet*, 366: 1197–209.
- Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA et al. 2002. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *Am J Clin Nutr*, 75: 476–483.

- Hays NP, Roberts SB. 2008. Aspects of eating behaviors "disinhibition" and "restraint" are related to weight gain and bmi in women. *Obesity*, 16(1): 52-58.
- Hebebrand J, Hinney A, Oeffner F. 2001. Molekulare Grundlagen der Adipositas. In: Ganten D, Ruckpaul K, Eds. *Molekularmedizinische Grundlagen von Endokrino-pathien*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 378-426.
- Hebebrand J, Dabrock P, Lingenfelder M, Mand E, Rief W, Voit W. 2004. Ist Adipositas eine Krankheit? Interdisziplinäre Perspektiven. *Deutsches Ärzteblatt*, 101 (37): 2468-2474.
- Heaven PC, Mulligan K, Merrilees R, Woods T, Fairouz Y. 2001. Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30: 161-166.
- Heim E, Augustiny K, Blaser A, Schaffner L. 1991. *Berner Bewältigungsformen - BEFO*. Bern: Huber.
- Helmert U, Strube H. 2004. Die Entwicklung der Adipositas in Deutschland im Zeitraum von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen*, 66: 409-15.
- Hermann C, Buss U, Snaith R. 1995. *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale-Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Hessel A, Heim E, Geyer M, Brähler E. 2000. Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Situative, soziodemographische und soziale Einflussfaktoren. *Psychother Psychosom med Psychol*, 50: 311-321.
- Hilbert A, Rief W, Braehler E. 2007. What determines public support of obesity prevention? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(7): 585-590.
- Hill AJ, Weaver CFL, Blundell JE. 1991. Food craving, dietary restraint and mood. *Appetite*, 17: 187-197.
- Hinz A, Schwarz R. 2001. Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychother Psychosom med Psychol*, 51: 193-200.
- Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. 2010. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/ccp.719.
- Holtzman S, Newth S, DeLongis A. 2004. The role of social support in coping with daily pain among patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9: 677-695.
- Hori H, Ozeki Y, Teraishi T, Matsuo J, Kawamoto Y, Kinoshita Y, Suto S, Terada S, Higuchi T, Kunugi H. 2010. Relationships between psychological distress, coping styles and HPA axis reactivity in healthy adults. *Journal of Psychiatric Research*, 1-9.
- Horkheimer M. 1985. Autorität und Familie in der Gegenwart (1947/1949). In: Schmid Noerr G, Hrsg. *Gesammelte Schriften, Band 5*. Frankfurt am Main, 377-395.

- Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, Llewellyn CD. 2010. Associations between quality of life, coping styles, optimism and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/hed.21407.
- Höger D, Buschkämper S. 2002. Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Z Diff Diagn Psychol*, 23: 83-98.
- Höger D, Stöbel-Richter Y, Brähler E. 2008. Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). *Psychother Psych Med Psychol*, 58(7): 284-294.
- Hörchner R, Tuinebreijer WE, Kelder H, Van Urk E. 2002. Coping behavior and loneliness among obese patients. *Obes Surg*, 12: 864–868.
- Ihle W, Jahnke D, Heerwagen A, Neuperdt C. 2005. Depression, Angst und Essstörungssymptomatik und erinnertes elterliches Erziehungsverhalten. *Kindheit und Entwicklung* 14 (1): 30-38.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). 2009. Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas. Abschlussbericht. Köln: IQWiG, Bericht Nr. 45. Zugriff am 07. August 2009 unter http://www.iqwig.de/download/V0606_AB_Leitlinienrecherche_und_bewertung_fuer_ein_DMP_Moduls_Adipositas.pdf.
- Jacoby GE. 2004. Dick, dumm, faul, gefräßig und willensschwach? Zum Verständnis der Adipositas und vom Umgang mit Adipösen in der hausärztlichen Praxis. *Notfall & Hausarztmedizin*, 30(3): 164-154.
- Janelle KC, Barr SI. 1995. Nutrient intakes and eating behavior scores of vegetarian and nonvegetarian women. *J Am Diet Assoc*, 95: 180–186.
- Janssen I, Mark AE. 2007. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. *Obes Rev* 2007, 8: 41-59.
- Jia H, Lubetkin E. 2010. Trends in Quality-Adjusted Life-Years. Lost contributed by smoking and obesity. Does the burden of obesity overweight the burden of smoking. *Am J Prev Med*, 1-7.
- John U, Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U. 2005. Relationship of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res*, 13: 101-119.
- Kakizaki M, Kuriyama S, Sato Y, Shimazu T, Matsuda-Ohmori K, Nakaya N, Fukao A, Fukudo S, Tsuji I. 2008. Personality and body mass index: A cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 64: 71-80.
- Kern ML, Friedman H. S. 2008. Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology*, 27: 505–512.
- Kidd T, Sheffield D. 2005. Attachment style and symptom reporting: Examining the mediating effects of anger and social support. *British Journal of Health Psychology*, 10: 531-541.

- Kirchmann H, Strauß B. 2008. Methoden zur Erhebung von Bindungsmerkmalen. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1: 293-327.
- Klauer T, Schwarzer R. 2001. Soziale Unterstützung und Depression. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. Themenheft: Soziales Netz und psychische Störungen*, 22: 333-352.
- Klauer T, Knoll N, Schwarzer R. 2007. Unterstützung: Neue Wege in der Forschung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15 (4): 141–142.
- Knoll N, Kienle R. 2007. Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick. *Z Med Psychol*, 16: 57 – 71.
- Knoll KP, Hauner H. 2008. Kosten der Adipositas in der Bundesrepublik Deutschland – eine aktuelle Krankheitskostenstudie. *Adipositas – Ursachen, Folgeerkrankungen, Therapie*, 2: 204–210.
- Kohl S, Strauss B. 2010. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden. In: Badura B, Schröder H, Klose Joachim, Macco K, Hrsg. *Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Heidelberg: Springer, Teil A, 241–251.
- Kohler M, Ziese T. 2004. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin.
- Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. 2001. Quality of life and obesity. *Obesity reviews*, 2(4): 219-229.
- Kossmann B, Adelsburger P, Wasem J. 2006. Adipositas – eine Krankheit? Explizite und implizite Kriterien für oder gegen die Definition von Adipositas als Krankheit auf Basis medizinischer Leitlinien. *Synopse nationaler und internationaler Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Adipositas*. Zugriff am 09. August 2009 unter http://www.uni-due.de/medman/Lehrstuhl/Aktuelles/060821_LL_Synopse_gesamt.pdf.
- Koskina N, Giovazolias T. 2010. The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *Journal of Psychology*, 144(5): 449-471.
- Laitinen J, Ek E, Sovio U. 2002. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive Medicine*, 34: 29–39.
- Lamertz CM, Jacobi C, Yayouridis A et al. 2002. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey. *Obes Res*, 10: 1152-1160.
- Lampert T. 2007. *Epidemiologisches Bulletin. Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Zur Verbreitung und Entwicklungstendenz*. Robert Koch Institut (RKI). Zugriff am 02. Oktober 2009 unter http://www.rki.de/clin_160/nn_196910/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2007/1807_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/18.07.pdf
- Lang FR, Lüdtke O, Asendorpf JB. 2001. Testgüte und psychometrische Äquivalenz der deutschen Version des Big Five Inventory (BFI) bei jungen, mittelalten und alten Erwachsenen. *Diagnostica*, 47: 111 – 121.

- Larsen JK, VanStrien T, Eisinga R, Engels RCME. 2006. Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3): 237-243.
- Lawlor DA, Hart CL, Hole DJ, Gunnell D, Smith GD. 2007. Body mass index in middle life and future risk of hospital admission for psychoses or depression: Findings from the Renfrew/Paisley study. *Psychological Medicine*, 37: 1151–1161.
- Lazarus RS. 1966. *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw-Hill.
- Legenbauer T, Burgmer R, Senf W, Herpertz S. 2007. Psychische Komorbidität und Lebensqualität adipöser Menschen, eine prospektive, kontrollierte Studie. *Psychother Psych Med*, 57: 435-441.
- Lehrke S, Laessle RG. 2003. Adipositas. In Ehlert U, Hrsg. *Lehrbuch der Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer, 497-529.
- Lehrke S, Laessle RG. 2009. Folgebelastungen. In: Lehrke S, Laessle RG, Hrsg. *Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Basiswissen und Therapie. Zweite Auflage*. Heidelberg: Springer-Verlag, 9-12.
- Lenz M, Richter T, Mühlhäuser I. 2009. Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter - eine systematische Übersicht. *Dtsch Arztebl Int*, 106 (40): 641-8.
- Leppert K, Koch B, Brähler E, Strauß B. 2008. Die Resilienzskala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(2): 226-243.
- Levitan RD, Davis C. 2010. Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic. *University of Toronto Quarterly*, 79(2): 783-799.
- Lima AR. 2010. The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4): 383-387.
- Lindorff M. 2000. Is it better to perceive than to receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health, & Medicine*, 5: 271 – 286.
- Liu Q, Nagata T, Shono M, Kitamura T. 2009. The Effects of Adult Attachment and Life Stress on Daily Depression: A Sample of Japanese University Students. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7): 639-652.
- Lodi-Smith J, Jackson J, Bogg T, Walton K, Wood D, Harms P, Roberts BW. 2010. Mechanisms of health: Education and health-related behaviours partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Psychol Health*, 25(3):305-19.
- Lutgendorf SK, Sood AK, Anderson B, McGinn S, Maiseri H, Dao M, Sorosky JI, De Geest K, Ritchie J, Lubaroff DM. 2005. Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23: 7105–7113.
- Luthar S, Cicchetti D, Becker B. 2000. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71: 543–562.
- Lykouras L. 2008. Psychological Profile of Obese Patients. *Digestive Diseases*, 26: 36-39.

- MacFarlane A, Abbott G, Crawford D, Ball K. 2010. Personal, social and environmental correlates of healthy weight status amongst mothers from socioeconomically disadvantaged neighborhoods: findings from the READI study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7:23.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358: 2468–2481.
- Marcus MD, Wildes JE. 2009. Obesity: Is it a mental disorder? *Int J Eat Disord*, 42: 739–753.
- Markowitz S, Friedman MA, Arent SM. 2008. Understanding the relation between obesity and depression: Causal mechanisms and implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(1): 1-20.
- McGee DL. 2005. Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies. *Ann Epidemiol*, 15: 87–97.
- McGinn LK, Cukor D, Sanderson WC. 2005. The relationship between parenting style, cognitive style and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2): 219-242.
- McLaren L, Godley J, MacNairn IAS. 2009. Social class, gender, and time use: Implications for the social determinants of body weight. *Statistics Canada. Health Reports*, 20(4): 1-9.
- Meisinger C, Doring A, Thorand B, Heier M, Lowel H. 2006. Body fat distribution and risk of type 2 diabetes in the general population: are there differences between men and women? The MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Am J Clin Nutr*, 84: 483–9.
- Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E. 2005. Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48: 1348-1356.
- Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. 2003. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27: 77-102.
- Mikulincer M, Shaver PR. 2007. *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: The Guilford Press.
- Moher D, Schulz KF, Altman DG für die CONSORT Gruppe. 2004. Das CONSORT Statement: Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 129: T16-T20.
- Morschitzky H. 2007. *Psychotherapie - Ratgeber: Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit*. Wien, New York: Springer.
- Musch J, Brockhaus R, Bröder A. 2002. Ein Inventar zur Erfassung von zwei Faktoren sozialer Erwünschtheit. *Diagnostica*, 48: 121-129.
- Neovius K, Neovius M, Rasmussen F. 2010. The combined effects of overweight and smoking in late adolescence on subsequent disability pension: a nationwide cohort study. *International Journal of Obesity*, 34: 75–82.

- Neyer FJ, Voigt D. 2004. Personality and social network effects on romantic relationships: A dyadic approach. *European Journal of Personality*, 18: 279–299.
- Noftle EE, Shaver PR. 2006. Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40: 179-208.
- Noyes R, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Muller BA, Yagla SJ. 2003. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65: 292–300.
- Oberender P, Zerth J. 2006. Herausforderung für das Gesundheitssystem: Adipositas aus gesundheitsökonomischer Sicht. *Pharm. Unserer Zeit*, 6(35): 536-541.
- Ozbay F, Fitterling H, Charney D, Southwick S. 2008. Social support and resilience to stress across the life span: A neurobiologic framework. *Current Psychiatry Reports*, 10(4): 304 - 310.
- Pereg D, Mikulincer M. 2004. Attachment style and the regulation of negative affect: Exploring individual differences in mood congruency effects on memory and judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30: 67-80.
- Petrie KJ, Weinman JA. 2006. Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6: 536–539.
- Petry N, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. 2008. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Psychosomatic Medicine*, 70:288–297.
- Picardi A, Caroppo E, Toni A, Bitetti D, Di Maria G. 2005. Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78: 327–345.
- Piferi RL, Lawler KA. 2006. Social support and ambulatory blood pressure: An examination of both receiving and giving. *International Journal of Psychophysiology*, 62: 328– 336.
- Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, van der Schouw YT, Spencer E, Moons KG, Tjønneland A, Halkjaer J, Jensen MK, Stegger J, Clavel-Chapelon F, Boutron- Ruault MC, Chajes V, Linseisen J, Kaaks R, Trichopoulou A, Trichopoulos D, Bamia C, Sieri S, Palli D, Tumino R, Vineis P, Panico S, Peeters PH, May AM, Bueno-de-Mesquita HB, van Duijnhoven FJ, Hallmans G, Weinehall L, Manjer J, Hedblad B, Lund E, Agudo A, Arriola L, Barricarte A, Navarro C, Martinez C, Quiro´s JR, Key T, Bingham S, Khaw KT, Boffetta P, Jenab M, Ferrari P, Riboli E. 2008. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med*, 359: 2105–2120.
- Pressman SD, Cohen S, Miller GE, Barkinn A, Rabin BS, Treanor JJ. 2005. Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology*, 24: 297–306.
- Provencher V, Drapeau V, Tremblay A, Després JP, Lemieux S. 2003. Eating behaviors and indexes of body composition in men and women from the Québec family study. *Obesity Research*, 11: 783–792.

- Provencher V, Bégin C, Gagnon-Girouard MP, Tremblay A, Boivin S, Lemieux S. 2008. Personality traits in overweight and obese women: Associations with BMI and eating behaviors. *Eating Behaviors*, 9: 294–302.
- Prugger C, Keil U. 2007. Entwicklung der Adipositas in Deutschland – Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. *Dtsch Med Wochenschr*, 132: 892–7.
- Pudel D, Westenhöfer J. 1989. Fragebogen zum Eßverhalten (FEV). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel V. 2007. Anmerkungen zur Ernährungspsychologie. *Ernährung*, 4: 162-166.
- Rammstedt B, John OP. 2005. Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica*, 51: 195-206.
- Rasmussen F, Eriksson M, Nordquist T. 2007. Bias in height and weight reported by Swedish adolescents and relation to body dissatisfaction: The COMPASS study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61: 870-876.
- Reich-Soufflet J. 2007. Kinder stark machen gegen Essstörungen. Frühe Förderung von Lebenskompetenz und Verhinderung der Entwicklung eines dysfunktionalen Familiensystems. In: Martissek R, Hrsg. *Moderne Ernährung Heute*. Köln: Wissenschaftlicher Pressedienst des LCI, 7-14.
- Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. 2010. *Handbook of adult resilience*. New York: The Guilford Press.
- Reis S, Grenyer B. 2004. Fear of intimacy in women. Relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, 37: 299–303.
- Renahan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. 2008. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*, 371: 569-578.
- Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu OJ, Costa PT, Nestadt G. 2002. Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Research*, 111: 55–64.
- Riese H, Van Doornen LJ, Houtman IL, De Geus EJ. 2004. Job strain in relation to ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability among female nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30: 477–485.
- Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ, Kaplan GA. 2003. Prospective association between obesity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 27: 514-21.
- Roberts BW, Walton KE, Bogg T. 2005. Conscientiousness and health across the life course. *Review of General Psychology*, 9: 156 –168.
- Rosenthal S, Feiring C, Taska L. 2003. Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse & Neglect*, 27: 641–61.
- Runkewitz K, Kirchmann H, Strauss B. 2006. Anxiety and depression in primary care patients: Predictors of symptom severity and developmental correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 445-453.

- Rydén A, Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Taft C, Sullivan M. 2001. Obesity-related coping and distress and relationship to treatment preference. *British Journal of Clinical Psychology*, 40: 177–188.
- Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos AK, Taft C. 2003. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27: 1534-1540.
- Sarason BR, Sarason IG, Gurung RAR. 2001. Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In Duck S, Ed. *Personal Relationships*. Chichester: Wiley, 15-41.
- Savage J, Hoffman L, Birch LL. 2009. Dieting, restraint, and disinhibition predict women's weight change over 6 y. *Am J Clin Nutr*, 90: 33–40.
- Scheidt CE, Waller E. 2005. Angststörungen und Bindungsforschung. *PiD*, 4: 362-369.
- Schmidt S, Strauß B. 2002. Bindung und Coping. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Hrsg. *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, New York: Schattauer, 255-271.
- Schnell R, Hill PB, Esser Elke. 2008. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Achte Auflage. München: Oldenbourg-Verlag, 355.
- Schultz Y, Woringer V. 2002. Obesity in Switzerland: A critical assessment of prevalence in children and adults. *Int J Obes*, 26: 3-11.
- Schumacher J, Eisemann M, Brähler E. 1999. Rückblick auf die Eltern: Der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE). *Diagnostica*, 45: 194-204.
- Schumacher J, Richter-Stöbel Y, Strauß B, Brähler E. 2004. Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten und partnerbezogene Bindungsmuster im Erwachsenenalter. *Psychother Psych Med*, 54: 148-154.
- Schumacher J, Leppert K, Gunzelmann Th, Strauß B, Brähler E. 2005. Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1): 16-39.
- Schneider HJ, Friedrich N, Klotsche J, Pieper L, Nauck M, John U, Dörr M, Felix S, Lehnert H, Pittrow D, Silber S, Völzke H, Stalla GK, Wallaschofski H, Wittchen HU. 2010. The Predictive Value of Different Measures of Obesity for Incident Cardiovascular Events and Mortality. *J Clin Endocrinol Metab*, 95(4): 1777–1785.
- Schwarzer R. 2004. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Shafer AB. 2001. The big five and sexuality trait terms as predictors of relationships and sex. *Journal of Research in Personality*, 35: 313–338.
- Shah R, Waller G. 2000. Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1): 19-25.
- Shikai N, Shono M, Kitamura T. 2009. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice*, 15: 198-204.

- Siegel JM, Yancey AK, McCarthy WJ. 2000. Overweight and depressive symptoms among African-American women. *Prev Med*, 31: 232–240.
- Siewert E, Purucker E. 2006. Strukturierte Adipositas therapie. *Ernährung & Medizin*, 21: 163–172.
- Simeon D, Yehuda R, Cunill R, Knutelska M, Putnam FW, Smith LM. 2007. Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32: 1149–1152.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. 2006. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, 63: 824 – 830.
- Steinmeyer EM, Klosterkötter J. 2002. Moderne Modelle der Persönlichkeit. *Fortschr Neurol Psychiat*, 70: 625 - 629.
- Stocké V. 2004. Entstehungsbedingungen von Antwortverzerrungen durch soziale Erwünschtheit. Ein Vergleich der Prognosen der Rational-Choice Theorie und des Modells der Frame-Selektion. *Zeitschrift für Soziologie*, 33: 303-320.
- Strauß B, Buchheim A, Kächele H, Hrsg. 2002. Klinische Bindungsforschung: Theorien, Methoden, Ergebnisse. Stuttgart: Schattauer.
- Strickland OL, Newman-Geiger J, Nelson MA, Davis CM. 2007. The Relationships Among Stress, Coping, Social Support, and Weight Class in Premenopausal African American Women At Risk for Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(4): 272-278.
- Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. 2003. Mood disorders and medical illness: Depression and obesity. *Biol Psychiatry*, 54: 330-337.
- Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. 2007. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *Journal of Obesity*, 31: 669–674.
- Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, Kryszanski V, Balfour L, Bissada H. 2009. Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: the mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47:662–667.
- Taylor MD, Whiteman MC, Fowkes GR, Lee AJ, Allerhand M, Deary IJ. 2009. Five Factor Model Personality Traits and all-cause mortality in the Edinburgh Artery Study Cohort. *Psychosomatic Medicine*, 71: 631–641.
- Terracciano A, Löckenhoff CE, Zonderman AB, Ferrucci L, Costa PT. 2008. Personality Predictors of Longevity: Activity, Emotional Stability, and Conscientiousness. *Psychosomatic Medicine*, 70: 621–627.
- Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferrucci L, Schlessinger D, Uda M, Costa PT. 2009. Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med.*, 71(6): 682–689.
- Thomas C, Hyppönen E, Power C. 2008. Obesity and type 2 diabetes risk in midadult life: the role of childhood adversity. *Pediatrics*, 121: e1240–1249.

- Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M. 2005. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Br J Clin Psychol*, 44: 89–97.
- Troisi A, Di Lorenzo G, Alcini S, Nanni RC, Di Pasquale C, Siracusano A. 2006. Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosom Med*, 68: 449–453.
- Tugade MM, Fredrickson BL, Barrett LF. 2004. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers*, 72(6): 1161–1190.
- Turner-Cobb JM, Sephton SE, Koopman C, Blake-Mortimer J, Spiegel D. 2000. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62: 337–345.
- Tuschl RJ, Platte P, Laessle RG, Stichler W, Pirke K. 1990. Energy expenditure and everyday eating behavior in healthy young women. *Am J Clin Nutr*, 52: 81–86.
- Uchino BN. 2004. Social support and physical health. New Haven, CT: Yale University Press.
- Ulmer HV. 2005. BMI zu ungenau. *Deutsches Ärzteblatt*, Jahrgang 102, Heft 17: A1213.
- van Hout GCM, van Oudhensden I, Van Heck GL. 2004. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg*, 14: 579–588.
- van Hout GCM, Fortuin FAM, Pelle AJM, van Heck GL. 2008. Psychosocial functioning, personality and body image following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg*, 18(1): 115–120.
- Vernay M, Malon A, Oleko A, Salanave B, Roudier C, Szego E, Deschamps V, Hercberg S, Castetbon K. 2006. Association of socioeconomic status with overall overweight and central obesity in men and women: the French Nutrition and Health Survey 2006. *BMC Public Health*, 9: 215.
- von Lengerke T, Happich M, Reitmeir P, John J. 2005. Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung durch adipöse Erwachsene: eine bevölkerungsbasierte Studie in der Region Augsburg. *Gesundheitswesen*, 67(1): S150–S157.
- von Lengerke T, Reitmeir P, John J. 2006. Direkte medizinische Kosten der (starken) Adipositas: Ein Bottom-up-Vergleich über –vs. normalgewichtiger Erwachsener in der KORA-Studienregion. *Gesundheitswesen*, 68: 110–115.
- von Lengerke T, Janssen C, John J - for the KORA Study Group. 2007. Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: Physical limitations and psychological normalcies. *International Journal of Public Health*, 52(1): 16–26.
- Wadden TA, Foster GD. 2006. The Weight and Lifestyle Inventory (WALI). *Obesity*, 14(2): 99S–118S.
- Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE, Faulconbridge L, Raper SE, Williams NN. 2006. Comparison of Psychosocial Status in Treatment-Seeking Women with Class III vs. Class I–II Obesity. *Obesity*, 14: 90S–98S.

- Wagnild GM, Young HM. 1993. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing measurement*, 1(2): 165-178.
- Waldinger RJ, Schulz MS, Barsky AJ, Ahern DK. 2006. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68: 129–135.
- Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. 2000. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord*, 28: 370–376.
- Wearden A, Cook L, Vaughan-Jones J. 2003. Adult attachment, alexithymia, symptom reporting and health-related coping styles. *J Psychosom Res*, 55: 341 – 347.
- Wearden AJ, Lambertson N, Crook N, Walsh V. 2005. Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58: 279–288.
- Welborn TA, Dhaliwal SS. 2007. Preferred clinical measures of central obesity for predicting mortality. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61: 1373-1379.
- Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. 2009. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373 (9669): 1083-1096.
- Wiczinski E, Döring A, John J, von Lengerke T. 2009. Obesity and health-related quality of life: Does social support moderate existing associations? *British Journal of Health Psychology*, 14: 717-734.
- Wilkinson RB, Walford WA. 2001. Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31: 473–484.
- Wilkinson LL, Rowe AC, Bishop RJ, Brunstrom JM. 2010. Attachment anxiety, disinhibited eating and body mass index in adulthood. *Int J Obes (Lond)*, 34 (9): 1442-1445.
- Wiltink J, Weber MM, Beutel ME. 2007. Psychische Komorbidität, Inanspruchnahme- und Gesundheitsverhalten bei Übergewichtigen und Adipösen – am Beispiel einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psych Med*, 57: 428-434.
- Wing RR, Phelan S. 2005. Long-term weight loss maintenance. *Am Clin Nutr*, 82: 222-225.
- Winkler J. 1998. Die Messung des sozialen Status mit Hilfe eines Index in den Gesundheitssurveys der DHP. In: Ahrens W, Bellach BM, Jöckel KH, Hrsg. *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. RKI-Schriften 1/98. München: MMV Medizin Verlag, 69–74.
- Wirth A. 2003. Adipositas-assoziierte Krankheiten. In: Petermann F & Pudel V, Hrsg. *Übergewicht und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe, 105-126.
- Wirth A. 2006. Stellungnahme der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG). Zugriff am 26. September 2009 unter <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Stellungnahme-2006-08-28.pdf>.

- Wirth A, Pfeiffer A, Steinmetz A, Albus C, Bjarnason-Wehrens B, Cordes C, Franz IW, Hoberg E, Karoff M, Klein G, Willemsen D, Witt T, Völler H. 2006. Das Metabolische Syndrom. Empfehlungen für die kardiologische Rehabilitation. *Herzmedizin*, 23(3): 140-144.
- World Health Organization. 2000. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genf: WHO.
- World Health Organisation. 2005. The European Health Report: public health action for healthier children and populations. Statistical Tables. Geneva: WHO.
- Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. 2008. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Br J Health Psychol*, 13(2): 311–325.
- Zakeri H, Jowkar B, Razmjooe M. 2010. Parenting styles and resilience. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5: 1067-1070.
- Zhang CX, Tse LA, Yet XQ, Lint FY, Chen YM, Chen WQ. 2009. Original article: Education and psychological aspects. Moderating effects of coping styles on anxiety and depressive symptoms caused by psychological stress in Chinese patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 26: 1282-1288.
- Zweyer K. 2008. Eltern-Kind-Bindung – Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In: Klein M, Hrsg. *Kinder und Suchtgefahren: Risiken, Prävention und Hilfen*. Stuttgart: Schattauer, 90-102.

8 Anhang

8.1 Gesamtregressionsmodelle

8.1.1 Adipositas (BMI bzw. Gesamtbelastung) als Zielvariable

Tabelle 44: *Regressionsanalyse mit BMI als abhängiger Zielvariable*

Regression: $F(6,133) = 5,809$, $R^2 = .178$, $p = .000$		
Prädiktoren	β	p-Wert
Unsicheres Bindungsmuster	.164	.05
Störbarkeit des Essverhaltens	.030	n.s.
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	.229	.005
Gewissenhaftigkeit	-.113	n.s.
Geschlecht	.080	n.s.
Alter	-.353	.000

17,8% der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "BMI" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden. Die positive Assoziation zwischen kognitiver Kontrolle und BMI weist in diesem Zusammenhang auf die Erfassung der rigiden Form der kognitiven Kontrolle hin.

Tabelle 45: *Regression mit Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung als Zielvariable*

Regression Modell 1: $F(6,119) = 4,305$, $R^2 = .143$, $p = .000$		
Regression Modell 2: $F(7,119) = 4,556$, $R^2 = .173$, $p = .000$		
Prädiktoren	β	p-Wert
<i>Modell 1</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.218	.018
Störbarkeit des Essverhaltens	.072	n.s.
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	.265	.003
Gewissenhaftigkeit	-.132	n.s.
Geschlecht	.171	.05
Alter	-.168	n.s.
<i>Modell 2 unter zusätzlichem Einschluss von Depressivität</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.192	.035
Störbarkeit des Essverhaltens	.057	n.s.
Kognitive Kontrolle des Essverhaltens	.297	.001
Gewissenhaftigkeit	-.111	n.s.
Geschlecht	.174	.047
Alter	-.150	n.s.
Depressivität	.198	.026

14,3% (Modell 1) bzw. 17,3% (Modell2) der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "Adipositas-spezifische Gesamtbelastung" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden.

8.1.2 Subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit als Zielvariable

Tabelle 46: Regression mit körperlicher Gesundheit als Zielvariable

Regression: F (3,146) = 6,476, $R^2 = .101$, p = .000		
Prädiktoren	β	p-Wert
Bedrohungsmindernde Bewältigung	.083	n.s.
*Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	-.251	.002
Sozioökonomischer Status	.193	.016

* erfasst BMI nach WHO (Adipositasgrade 1-3), Anzahl an Folgeerkrankungen, Kreislaufbelastung, Zufriedenheit mit Gewicht und Bewegungsverhalten und Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen

10,1% der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "Subjektive, körperliche, gesundheitsbezogene Lebensqualität" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden.

8.1.3 Subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit als Zielvariable

Tabelle 47: Regression mit psychischer Gesundheit als abhängiger Zielvariable

Regression Modell 1: F (4,132) = 7,321, $R^2 = .161$, p = .000		
Regression Modell 2: F (7,132) = 7,663, $R^2 = .261$, p = .000		
Prädiktoren	β	p-Wert
<i>Modell 1</i>		
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	-.255	.002
Wahrgenommene soziale Unterstützung	.158	.05
Sozioökonomischer Status (SES)	.200	.02
Alter	.229	.007
<i>Modell 2 unter zusätzlichem Einschluss von Depressivität, Angst und BMI_WHO</i>		
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	-.146	.068
Wahrgenommene soziale Unterstützung	.119	n.s.
Sozioökonomischer Status (SES)	.131	n.s.
Alter	.184	.029
BMI_WHO (Adipositasgrade 1-3)	-.024	n.s.
Depressivität	-.169	.05
Angst	-.261	.004

16,1% (Modell 1) bzw. 26,1% (Modell 2) der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "Subjektive, psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden.

8.1.4 Depressivität als Zielvariable

Tabelle 48: *Regressionsanalyse mit Depressivität als abhängiger Zielvariable*

Regression Modell 1: $F(7,162) = 9,954$, $R^2 = .279$, $p = .000$		
Regression Modell 2: $F(6, 147) = 9,890$, $R^2 = .266$, $p = .000$		
Prädiktoren	β	p-Wert
<i>Modell 1</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.114	n.s.
Resilienz	-.102	n.s.
Bedrohungsmindernde Bewältigung	-.222	.003
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	.271	.000
Wahrgenommene soziale Unterstützung	-.164	.034
BMI_WHO (Adipositasgrade 1-3)	.064	n.s.
SES	-.005	n.s.
<i>Modell 2 mit Adipositas-spezifischer Gesamtbelastung anstelle des BMI_WHO</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.173	.038
Resilienz	-.098	n.s.
Bedrohungsmindernde Bewältigung	-.178	.020
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	.252	.001
*Adipositas-spezifische Gesamtbelastung	.137	.060

* erfasst BMI nach WHO (Adipositasgrade 1-3), Anzahl an Folgeerkrankungen, Kreislaufbelastung, Zufriedenheit mit Gewicht und Bewegungsverhalten und Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. um Folgeerkrankungen

27,9% (Modell 1) bzw. 26,6% (Modell 2) der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "Depressivität" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden.

8.1.5 Angst als Zielvariable

Tabelle 49: *Regressionsanalyse mit Angst als abhängiger Zielvariable*

Regression Modell 1: $F(9,132) = 6,962$, $R^2 = .289$, $p = .000$		
Regression Modell 2: $F(3, 162) = 23,541$, $R^2 = .293$, $p = .000$		
Prädiktoren	β	p-Wert
<i>Modell 1</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.224	.009
Resilienz	-.151	.077
Bedrohungsmindernde Bewältigung	-.100	n.s.
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	.387	.000
Wahrgenommene soziale Unterstützung	.055	n.s.
BMI	-.059	n.s.
Alter	-.006	n.s.
Geschlecht	-.091	n.s.
SES	-.051	n.s.
<i>Modell 2 unter Ausschluss diverser Variablen</i>		
Unsicheres Bindungsmuster	.147	.039
Resilienz	-.155	.028
Bedrohungsfokussierte Bewältigung	.432	.000

28,9% (Modell 1) bzw. 29,3% (Modell 2) der gesamten Streuung der abhängigen Zielvariable "Angst" ist durch die aufgeführten Prädiktoren zu erklären bzw. kann auf deren linearen Einfluss zurückgeführt werden.

8.2 Einverständniserklärung

Fragebogen

zur Datenerhebung im Rahmen

einer medizinischen Doktorarbeit

**am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der im Rahmen der klinischen Prüfung erfolgenden Aufzeichnung von Krankheitsdaten/ Studiendaten und ihrer anonymisierten Weitergabe zur Überprüfung an das Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie und soweit es sich um personenbezogene Daten handelt, mit der Einsichtnahme durch den zur Verschwiegenheit verpflichteten Doktoranden einverstanden bin.

Unterschrift: _____ **Datum:** _____.____._____

8.3 Fragebogen

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Doktorandin: Johanna Bathke

Tel.: 0179 5446612

Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen dient der Datenerhebung im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie.

Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung von psychosozialen Einflussfaktoren auf die körperliche und psychische Gesundheit von Patienten mit Adipositas. Dabei interessieren mich besonders Ihre Ressourcen sowie Belastungen im Umgang mit Ihrer Gesundheit. Da etwa 20-33% der deutschen Bevölkerung heutzutage übergewichtig bzw. adipös ist, gewinnt diese Thematik zunehmend an Bedeutung, um optimale bzw. individuellere Vorsorge- und Therapiekonsequenzen abzuleiten.

Ich bitte Sie nun, die folgenden Fragen spontan und vor allem vollständig zu beantworten. Dass sich einige der Fragen scheinbar wiederholen, ist gewollt und im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung der standardisierten Fragebogenelemente notwendig.

Da die Beantwortung des Fragebogens ungefähr 45 Minuten in Anspruch nimmt, **bedanke ich mich** hiermit im Voraus recht **herzlich für Ihre investierte Zeit und Mühe**.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

*Bitte beantworten Sie unbedingt den **Fragebogenabschnitt von S. 9-11 („Erwartungen an Ihren Partner / Ihre Partnerin“)**, auch wenn Sie derzeit nicht in einer Partnerschaft leben sollten! Dies ist für die Auswertung essentiell. Danke!*

Mit freundlichen Grüßen, *Johanna Bathke*

Im Folgenden möchte ich Sie bitten, **allgemeine Angaben zu Ihrer Person** zu machen.

1. Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ **2. Alter:** ____

3. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

4. Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐ nicht deutsch

5. Ich bin aufgewachsen in den ☐ alten Bundesländern
☐ neuen Bundesländern

6. Ihr Schul- bzw. Ausbildungsabschluss ist ...

- ☐ kein Schulabschluss/ohne Ausbildung
- ☐ Volks-, Hauptschulabschluss/ohne Ausbildung
- ☐ Realschule, Mittlere Reife oder Fachschulreife/ohne Ausbildung
- ☐ Volks-, Hauptschulabschluss/mit Lehre kein Schulabschluss/mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule
- ☐ Volks-, Hauptschulabschluss, Realschule, Mittlere Reife oder Fachschulreife/Fachschule, Ingenieurschule/mit Lehre oder Fachschule, Ingenieurschule
- ☐ Abitur/ohne Ausbildung oder mit Lehre oder mit Fachschule oder Ingenieurschule
- ☐ Abitur, anderen Bildungsabschluss/und Hochschulausbildung

7. Sie sind ...

- ☐ erwerbstätig ja
- ☐ erwerbstätig nein, dann
 - ☐ Schüler
 - ☐ Student
 - ☐ Rentner
 - ☐ arbeitssuchend
 - ☐ Hausfrau/Hausmann
 - ☐ Wehr-Zivildienstleistender
 - ☐ Sonstiges: _____

8. Sie sind von Beruf ...

- ☐ ungelernter Arbeiter
- ☐ angelernte Arbeiter, gelernte und Facharbeiter, selbstständige Landwirte
- ☐ Beamte einfacher Dienst, Vorarbeiter, Meister, Poliere, mithelfende Angehörige, Angestellte einfache Tätigkeit
- ☐ Beamte mittlerer Dienst, Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis, Angestellte qualifizierte Tätigkeit
- ☐ Selbstständige mit max. 9 Angestellten
- ☐ Beamte gehobener Dienst, Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktion, freie Berufe und selbstständige Akademiker
- ☐ Beamte höherer Dienst, Angestellte mit Führungsaufgaben, Selbstständige mit mindestens 10 Angestellten

9. Berufstätigkeit (Berufsbezeichnung)

Jetzt: _____
Früher: _____

10. Ihr ungefähres monatliches Haushaltsnettoeinkommen ist ...

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> unter 500 € | <input type="checkbox"/> 1500 bis 2000 € | <input type="checkbox"/> 3000 € und mehr |
| <input type="checkbox"/> 500 bis 1000 € | <input type="checkbox"/> 2000 bis 2500 € | |
| <input type="checkbox"/> 1000 bis 1500 € | <input type="checkbox"/> 2500 bis 3000 € | |

11. Ihr gegenwärtiger Familienstand ist ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> verwitwet |

12. Anzahl der Personen in Ihrem Haushalt

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ich lebe allein |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene (Anzahl) <input type="checkbox"/> Kinder (Anzahl) |

Die folgenden Fragen dienen der Erfassung Ihrer **Körpermaße**, des **Bewegungsverhaltens** und eventueller **Begleiterkrankungen**.

1. Wie groß sind Sie? _____ cm

2. Wieviel wiegen Sie aktuell? _____ kg

3. Seit wann sind Sie übergewichtig? → Seit dem **Alter** von ca. _____ Jahren

4. Welches war ihr niedrigstes (Erwachsenen-) Gewicht? _____ kg

Das war vor _____ Jahren

Das war vor _____ Monaten

5. Welches war ihr höchstes Gewicht? _____ kg

Das war vor _____ Monaten

Das war vor _____ Jahren

6. Wie zufrieden sind Sie mit ihrem aktuellen Gewicht?

- ☐ gar nicht ☐ eher nicht ☐ eher ja ☐ sehr

7. Machen Sie sich aufgrund Ihres Übergewichtes Sorgen um Ihre Gesundheit oder haben Sie vor Angst vor Folgeerkrankungen?

- ☐ gar nicht ☐ manchmal ☐ häufig ☐ ja, ständig

8. Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Bewegungsverhalten?

- ☐ gar nicht ☐ eher nicht ☐ eher ja ☐ sehr

9. In welchen Lebensbereichen bewegen Sie sich vor allem/am meisten?

(Mehrfachantworten möglich)

- Freizeit: ☐ Hausarbeit ☐ Fortbewegung ☐ Arbeit
☐ leichte Bewegung ☐ Sport → wenn ja, _____ mal pro Woche
_____ mal im Monat

10. Sind bei Ihnen bereits weitere Erkrankungen bekannt (Diabetes, Bluthochdruck)?

- ☐ Nein ☐ Ja, _____

In den folgenden Fragen geht es um Ihre **Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes**. Bitte **beantworten Sie jede der folgenden Fragen**, indem Sie bei der Antwortmöglichkeit ein Kreuz setzen, die am besten auf Sie zutrifft.

		Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?		Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2	mittelschweren Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?		Ja	Nein
4	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer seelischen Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?					Ja	Nein			
6	Ich habe weniger geschafft , als ich wollte.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					Überhaupt nicht	Ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8	Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...		Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9	... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	... voller Energie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten etc.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden sind einige **körperliche Beschwerden** aufgelistet, die **mit Übergewicht assoziiert** sein können. **Kreuzen Sie bitte an, was für Sie zutrifft!**

	Ja	Nein
1. Leiden Sie manchmal unter Luftnot? > in Ruhe? > bei Belastung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie das Gefühl, dass Sie rasch ermüden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwitzen Sie überdurchschnittlich stark ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Gelenksbeschwerden? (v.a. Hüft- und Kniegelenk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leiden Sie unter Rückenschmerzen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Verdauungsprobleme? > Durchfall? > Verstopfung?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie Sodbrennen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Essverhalten – Lesen Sie bitte die folgenden Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte **jede Frage** sorgfältig und möglichst schnell.

		Trifft zu	Trifft <u>nicht</u> zu
1	Ich kann mich bei einem leckeren Duft nur schwer vom Essen zurückhalten, auch wenn ich vor kurzer Zeit erst gegessen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich esse gewöhnlich zuviel, wenn ich in Gesellschaft bin, z.B. bei Festen und Einladungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wenn ich die Kalorienmenge erreicht habe, die ich mir als Grenze gesetzt habe, gelingt es mir meistens mit dem Essen aufzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich esse absichtlich kleine Portionen, um nicht zuzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Manchmal schmeckt es mir so gut, dass ich weiter esse, obwohl ich schon satt bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wenn ich ängstlich oder angespannt bin, fange ich oft an zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Das Leben ist zu kurz, um sich auch noch mit Diät herumzuschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich habe schon mehr als einmal eine Schlankheitsdiät gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn ich mit jemandem zusammen bin, der kräftig isst, esse ich meistens zuviel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Bei den üblichen Nahrungsmitteln kenne ich ungefähr den Kaloriengehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wenn ich mal mit dem Essen begonnen habe, kann ich manchmal nicht mehr aufhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft zu	Trifft nicht zu
12	Mir fällt es nicht schwer, Essensreste einfach übrigzulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wenn ich während einer Diät „sündige“, dann halte ich mich anschließend beim Essen zurück, um wieder auszugleichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Wenn ich Kummer habe, esse ich oft zuviel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Essen macht mir Spaß und ich will es mir nicht durch Kalorienzählen oder Gewichtskontrollen verderben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Häufig höre ich auf zu essen, obwohl ich noch nicht richtig satt bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	In den letzten 10 Jahren hat sich mein Gewicht so gut wie nicht verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich halte mich beim Essen bewusst zurück, um nicht zuzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich esse alles, was ich möchte und wann ich es will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich esse eher langsam, ohne groß darüber nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich zähle Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie dick machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich achte sehr auf meine Figur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Wenn ich während einer Diät etwas „Unerlaubtes esse, denke ich oft „Jetzt ist es auch egal“ und dann lange ich erst recht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kreuzen Sie bitte nun an, was für Sie am ehesten zutrifft!		immer	oft	selten	nie
26	Wenn Sie zuviel gegessen haben, bringen Sie Gewissensbisse dazu, sich eher zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Achten Sie darauf, dass Sie keinen Vorrat an verlockenden Lebensmitteln haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Kaufen Sie häufig kalorienarme Lebensmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Essen Sie kontrolliert, wenn Sie mit anderen zusammen sind und lassen sich dann gehen, wenn sie allein sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Essen Sie bewusst langsam, um Ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Wie häufig kommt es vor, dass Sie bewusst weniger essen, als Sie gern möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Kommt es vor, dass Sie Essen verschlingen, obwohl Sie nicht hungrig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr	ziemlich	etwas	nein
33	Trifft diese Aussage auf Ihr Essverhalten zu? „Morgens halte ich noch Diät, aber durch die Tagesereignisse bin ich am Abend so weit, dass ich wieder esse, was ich will. Ich nehme mir dann vor, ab morgen standhaft zu bleiben.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Würden Sie Ihre Lebensweise ändern, wenn Sie eine Gewichtsveränderung von 5 Pfund feststellten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Achten Sie darauf, was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36	Kreuzen Sie bitte an, was auf Ihr Essverhalten zutrifft (nur eine Antwort)	
	Ich esse, was ich will, wann ich will	<input type="checkbox"/>
	Ich esse gewöhnlich, was ich will, wann ich will	<input type="checkbox"/>
	Ich esse oft, was ich will, wann ich will	<input type="checkbox"/>
	Ich halte mich ebenso oft zurück, wie ich nachgebe	<input type="checkbox"/>
	Ich halte mich gewöhnlich zurück, gebe selten nach	<input type="checkbox"/>
	Ich halte mich durchweg zurück, gebe selten nach	<input type="checkbox"/>

37	Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten gemacht?			
	1-3mal	<input type="checkbox"/>	In regelmäßigen Abständen	<input type="checkbox"/>
	4-8mal	<input type="checkbox"/>	Ich halte so gut wie immer Diät	<input type="checkbox"/>
	9-15mal	<input type="checkbox"/>	Noch nie	<input type="checkbox"/>
	Mehr als 15mal	<input type="checkbox"/>		

38	Bei dieser Frage bitte Zutreffendes ankreuzen. Es sind mehrere Angaben möglich! Was bereitet Ihnen in Ihrem Essverhalten die größten Schwierigkeiten?	
	Verlangen nach Süßem	<input type="checkbox"/>
	Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>
	Essen in Gesellschaft	<input type="checkbox"/>
	Langeweile	<input type="checkbox"/>
	Plötzlicher Heißhunger	<input type="checkbox"/>
	Ständiges Kalorienzählen	<input type="checkbox"/>
	Ich traue mich nicht, mich satt zu essen	<input type="checkbox"/>
	Ich habe keine Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>

Ich bitte Sie nun die folgenden Fragen zur Familie zu beantworten.

1. ☐ Mein Vater lebt noch.
2. ☐ Mein Vater starb, als ich _____ Jahre alt war.
3. ☐ Meine Mutter lebt noch.
4. ☐ Meine Mutter starb, als ich _____ Jahre alt war.
5. ☐ Ich bin mit meinen Eltern aufgewachsen, bis ich _____ alt war.
6. ☐ Meine Eltern ließen sich scheiden, als ich _____ Jahre alt war.
7. ☐ Ich bin seit dem Alter von _____ aufgewachsen bei _____.
8. ☐ Ich habe _____ Geschwister. Ich bin der/die _____ in der Reihenfolge.
9. Mein(e) Geschwister hatte(n) eine chronische Erkrankung ☐ Ja ☐ Nein

In den folgenden Fragen geht es um **Erinnerungen an Ihre Kindheit** in Bezug auf die **Erziehungsmethoden Ihrer Eltern**. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die dem **damaligen Verhalten Ihres Vaters bzw. Ihrer Mutter** entspricht. Beachten Sie bitte, dass Sie nur **eine Antwortmöglichkeit pro Frage und Elternteil** ankreuzen und **keine Frage unbeantwortet** lassen.

			Nein, niemals	Ja, gelegentlich	Ja, oft	Ja, ständig
1	Wurden Sie von Ihren Eltern hart bestraft, auch für Kleinigkeiten?	Vater				
		Mutter				
2	Spürten Sie, dass Ihre Eltern Sie gern hatten?	Vater				
		Mutter				
3	Kam es vor, dass Ihre Eltern Sie auch für kleine „Sünden“ bestraften?	Vater				
		Mutter				
4	Versuchten Ihre Eltern Sie zu beeinflussen, etwas „Besseres“ zu werden?	Vater				
		Mutter				
5	Kam es vor, dass Ihre Eltern aus Angst, Ihnen könnte etwas zustoßen, Dinge verboten, die anderen in Ihrem Alter erlaubt wurden?	Vater				
		Mutter				
6	Kam es vor, dass Sie als Kind vor anderen ausgeschimpft oder geschlagen wurden?	Vater				
		Mutter				
7	Fanden Sie, dass Ihre Eltern versuchten, Sie zu trösten und aufzumuntern, wenn Ihnen etwas daneben gegangen war?	Vater				
		Mutter				
8	Kam es vor, dass Ihnen Ihre Eltern mehr Schläge erteilten, als Sie es verdient hatten?	Vater				
		Mutter				
9	Konnten Sie von Ihren Eltern Unterstützung erwarten, wenn Sie vor einer schweren Aufgabe standen?	Vater				
		Mutter				
10	Lehnten Ihre Eltern die Freunde und Kameraden ab, mit denen Sie sich gerne trafen?	Vater				
		Mutter				
11	Versuchten Ihre Eltern Sie anzutreiben, „Beste/r“ zu werden?	Vater				
		Mutter				
12	Zeigten Ihre Eltern vor anderen, dass sie Sie gern hatten?	Vater				
		Mutter				
13	Gebrauchten Ihre Eltern folgende Redensart: „Wenn du das nicht tust, bin ich traurig“?	Vater				
		Mutter				
14	Wurden Sie von Ihren Eltern gelobt?	Vater				
		Mutter				
15	Wurden Sie von Ihren Eltern getröstet, wenn Sie traurig waren?	Vater				
		Mutter				
16	Kam es vor, dass Sie von Ihren Eltern bestraft wurden, ohne etwas getan zu haben?	Vater				
		Mutter				
17	Zeigten ihre Eltern mit Worten und Gesten, dass sie Sie gern hatten?	Vater				
		Mutter				

			Nein, niemals	Ja, ge- legentlich	Ja oft	Ja, ständig
18	Kam es vor, dass Sie ohne Grund Schläge bekamen?	Vater				
		Mutter				
19	Wünschten Sie sich manchmal, dass sich Ihre Eltern weniger darum kümmern, was Sie taten?	Vater				
		Mutter				
20	Bekamen Sie von Ihren Eltern Schläge?	Vater				
		Mutter				
21	Setzten Ihre Eltern bestimmte Grenzen für das, was Sie tun und lassen durften, und bestanden sie eisern darauf?	Vater				
		Mutter				
22	Behandelten Sie Ihre Eltern so, dass Sie sich schämten?	Vater				
		Mutter				
23	Finden Sie, dass Ihre Eltern übertrieben ängstlich darüber waren, dass Ihnen etwas zustoßen könnte?	Vater				
		Mutter				
24	Konnten Ihre Eltern mit Ihnen schmusen?	Vater				
		Mutter				

Im Folgenden werden Sie nach **Ihren Erwartungen** gefragt, die Sie **an Ihren Partner bzw. Ihre Partnerin** haben. Was wünschen Sie sich von ihm oder ihr oder was befürchten Sie und mit welchen Reaktionen könnten Sie z.B. auch bei sich selbst rechnen? Kreuzen Sie jeweils diejenige Antwortmöglichkeit an, die in den **letzten 7 Tagen** am ehesten für Sie zutrifft. **Wenn Sie zur Zeit nicht in einer Beziehung leben, füllen Sie bitte trotzdem alle Fragen vollständig dahingehend aus, was auf Sie am ehesten in einer Partnerschaft zutreffen würde!**

		Trifft genau zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft kaum zu	Trifft überhaupt nicht zu
1	Ich möchte eine Partnerschaft haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	An sich fällt es mir leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über das zu sprechen, was in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Manchmal kommt mir der Gedanke, dass es meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel sein könnte, mich so wie ich bin, zu ertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Der Gedanke, mein Partner/ meine Partnerin könnte mich tiefergehend auf meine Gefühle ansprechen, ist mir eher unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bei aller Zuneigung, ein Rest von Distanz meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber bleibt von mir aus eigentlich immer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft genau zu
6	Wenn ich mich über meinen Partner/ meine Partnerin ärgere, hüte ich mich davor, es ihm/ ihr zu zeigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Es fällt mir leicht, gegenüber meinem Partner/ meiner Partnerin über meine Gefühle zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Wenn sich mein Partner/ meine Partnerin einmal nicht genug um mich kümmert, bedrückt mich das sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich befürchte, dass mein Partner/ meine Partnerin auf Distanz zu mir gehen könnte, wenn er/ sie wüsste, was wirklich in mir vorgeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Im Gespräch mit meinem Partner/ meiner Partnerin rede ich lieber über sachliche Themen als über persönliche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vor allem wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr darauf angewiesen, dass mein Partner/ meine Partnerin sich mir besonders zuwendet und auf mich eingeht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Wenn mich mein Partner/ meine Partnerin auf meine Gefühle anspricht, weiß ich öfters nicht recht, was ich sagen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich fürchte, dass mein großes Bedürfnis nach Zuwendung meinem Partner/ meiner Partnerin zu viel werden könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich kann mich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber leicht öffnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Bei der Trennung von meinem Partner/ meiner Partnerin würde für mich eine Welt zusammenbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Wenn mein Partner/ meine Partnerin liebvoll zu mir ist, können mir schon mal Zweifel kommen, ob er/ sie das auch wirklich so meint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ehrlich gesagt: am Liebsten wäre es mir, wenn sich mein Partner/ meine Partnerin möglichst viel Zeit für mich nehmen und sich fast ausschließlich um mich kümmern würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Mich kann Kummer so sehr lähmen, dass mein Partner/ meine Partnerin dann auf mich zugehen und mir weiterhelfen müsste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Mir könnte schon einmal der Gedanke kommen, dass mein Partner/ meine Partnerin mich am liebsten los sein möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft etwas zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft genau zu
20	Manchmal denke ich, dass ich meinem Partner/ meiner Partnerin mehr Zu- neigung entgegen bringe als er/ sie mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Mir ist es wichtig, dass mein Partner/ meine Partnerin, auch wenn wir nicht zusammen sind, in Gedanken möglichst viel bei mir ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Selbst meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber behalte ich doch manches für mich alleine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ich kann schon mal auf den Gedanken kommen, dass mich mein Partner/ meine Partnerin nur in dem Maße mag, in dem ich seinen/ ihren Erwartungen entspreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	So wie ich mich kenne, bin ich meinem Partner/ meiner Partnerin gegenüber eher zurückhaltend mit dem, was ich ihm/ ihr von mir zeige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Auch bei einer vorübergehenden Trennung: mit dem Abschied komme ich nur schwer klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Ich muss aufpassen, dass ich meinen Partner/ meine Partnerin mit meinen großen Wünschen nach Zuwendung nicht irritiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	In der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin erlebe ich öfters heftig wechselnde Gefühle: Innige Nähe und Fremdheit, Vertrauen und starke Eifersucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Eigentlich hänge ich mit meinen Gefühlen mehr an meinem Partner/ meiner Partnerin, als mir lieb ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Mir fällt es relativ leicht, mit meinem Partner/ meiner Partnerin über mich und meine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	So wie ich mich selber einschätze, kann ich mir kaum vorstellen, dass mich mein Partner/ meine Partnerin akzeptieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Wenn ich von meinem Partner/meiner Partnerin getrennt bin (Reise, beruflich bedingt usw.) macht mich das unruhig und nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In den folgenden Fragen geht es um **Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen**, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen, Nachbarn. Bitte entscheiden Sie sich bei jeder Aussage für eine der Einschätzungen, indem Sie in das entsprechende Feld ein Kreuz setzen. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder „Freunden/Angehörigen“ die Rede ist, dann sind **die Menschen** gemeint, **die für Sie in Ihrem Leben wichtig sind**.

		Trifft nicht zu	Trifft eher zu	Trifft teil- weise zu	Trifft zu	Trifft genau zu
1	Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich habe Freunde/ Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich habe Freunde/ Angehörige, die mich einfach mal umarmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/ Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Wenn ich mal bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Bei manchen Freunden/ Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit der ich mich häufig treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Erfassung eines **Personenmerkmals**, das man am besten mit „**psychischer Widerstandsfähigkeit**“ umschreibt. Bitte geben Sie für die nachfolgenden Aussagen an, was **im Allgemeinen** auf Sie zutrifft, indem Sie die **entsprechende Zahl einkreisen**.

		1 = Nein , ich stimme <u>nicht</u> zu 7 = Ja , ich stimme völlig zu						
1	Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch	1	2	3	4	5	6	7
2	Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3	Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen	1	2	3	4	5	6	7
4	Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5	Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6	Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7	Ich nehme die Dinge wie sie kommen.	1	2	3	4	5	6	7
8	Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
9	Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10	Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11	Wenn ich in schwierigen Situationen bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	1	2	3	4	5	6	7
12	In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7
13	Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	1	2	3	4	5	6	7

Ich möchte Sie jetzt bitten, sich jeweils zu überlegen, wie stark jede der aufgeführten Aussagen **im Moment** auf **Sie persönlich** zutrifft.
Wenn im Folgenden von „**Krankheit**“ die Rede ist, ist damit **Ihr Übergewicht** gemeint.

		Nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Mäßig zutreffend	Eher zutreffend	Völlig zutreffend
1	Ich frage mich, warum es gerade mich treffen musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Entspannende Körperübungen sind mir in der Krankheit eine große Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich stürze mich in meine Arbeit (...in mein Hobby), um die Krankheit zu vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Manchmal packt mich eine große Wut auf die Anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Es ist mir wichtig, mich zusammenzureißen und die Haltung zu bewahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wenn ich mit etwas Humor an die Sache herangehe, kann ich sogar über mich selbst lachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich denke, dass ich die Krankheit hinnehme und sie mit Fassung trage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Mäßig zutreffend	Eher zutreffend	Völlig zutreffend
8	Während der Abklärung und Behandlung trage ich das Mögliche bei – sei dies bei meinem Arzt oder anderswo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich werde das Gefühl nicht los, dass ich wohl selber Schuld an meiner Krankheit bin und ich es daher nicht besser verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Meine Gedanken drehen sich immer wieder um die Krankheit, ohne dass ich zu einem Ergebnis komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich nehme mir letzthin mehr Zeit, um etwas Aufbauendes zu tun (vermehrt einem Hobby nachgehen, Briefe schreiben, Bücher lesen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Das Wohlergehen anderer (z.B. meiner Angehörigen) ist mir wichtiger, als meiner Krankheit nachzuhängen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Es gibt Dinge, die mir wichtiger sind als die Krankheit und die mir helfen, mich davon abzulenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich weiß, dass ich bei den Ärzten in guten Händen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Diese Krankheit bewältige ich ebenso gut, wie schon so manch anderes: es gelingt mir eigentlich gut, mit den neuen Schwierigkeiten fertig zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich wüsste nicht, warum ich beunruhigt sein sollte, es geht mir eigentlich ganz gut und es ist nicht halb so schlimm, wie sie alle meinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich brauche meine Ruhe. Ich möchte mich mehr mit mir selbst befassen und zu mir selbst finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Es kommt vor, dass mir ein Wutausbruch, Weinen oder auch Lachen Erleichterung bringt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich bin selbst erstaunt, wie wenig mich meine Krankheit berührt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich versuche mir zu erklären, was mit mir und meiner Krankheit wirklich los ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich suche den Beistand und das Gespräch mit mir nahe stehenden Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Wenn ich an die Leute denke, welche wirklich Schweres zu tragen haben, geht es mir noch relativ gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Die Krankheit hilft mir, eine neue Aufgabe oder eine Chance in meinem Leben zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ich schiebe meine Besuche beim Arzt solange hinaus oder befolge seine Anordnungen nicht so, wie ich eigentlich sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Wenn es mir schlecht geht, genehmige ich mir etwas Besonderes (Essen, Kleider, Bücher, Zigaretten, Wein etc.). Das macht es erträglicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nicht zutreffend	Wenig zutreffend	Mäßig zutreffend	Eher zutreffend	Völlig zutreffend
26	Mein Glaube an Gott und an die Kirche gibt mir den nötigen Halt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Mit etwas Glück kommt alles wieder in Ordnung. Ich bin und bleibe Optimist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich habe das Gefühl, dass alles keinen Sinn mehr hat. Ich habe alle Hoffnung verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bitte Sie, jede Frage so zu beantworten, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die für Sie auf Anhieb am ehesten zutrifft.

1. Ich fühle mich angespannt oder überreizt <input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit/gelegentlich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	2. Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> sehr oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
3. Ich kann mich heute noch so freuen wie früher <input type="checkbox"/> ganz genau so <input type="checkbox"/> nicht ganz so sehr <input type="checkbox"/> nur noch ein wenig <input type="checkbox"/> kaum oder gar nicht	4. Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> sehr oft
5. Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte <input type="checkbox"/> ja, sehr stark <input type="checkbox"/> ja, aber nicht allzu sehr <input type="checkbox"/> etwas, aber es macht mir keine Sorgen <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	6. Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren <input type="checkbox"/> ja, stimmt genau <input type="checkbox"/> ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte <input type="checkbox"/> mglw. kümmere ich mich zu wenig darum <input type="checkbox"/> ich kümmere mich soviel darum wie immer
7. Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen <input type="checkbox"/> ja, so viel wie immer <input type="checkbox"/> nicht mehr ganz so viel <input type="checkbox"/> inzwischen viel weniger <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	8. Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich <input type="checkbox"/> nicht sehr <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
9. Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf <input type="checkbox"/> einen Großteil der Zeit <input type="checkbox"/> verhältnismäßig oft <input type="checkbox"/> von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft <input type="checkbox"/> nur gelegentlich/nie	10. Ich blicke mit Freude in die Zukunft <input type="checkbox"/> ja, sehr <input type="checkbox"/> eher weniger als früher <input type="checkbox"/> viel weniger als früher <input type="checkbox"/> kaum bis gar nicht

11. Ich fühle mich glücklich <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> meistens	12. Mich überkommt plötzlich ein panik-artiger Zustand <input type="checkbox"/> ja, tatsächlich sehr oft <input type="checkbox"/> ziemlich oft <input type="checkbox"/> nicht sehr oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht
13. Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen <input type="checkbox"/> ja, natürlich <input type="checkbox"/> gewöhnlich schon <input type="checkbox"/> nicht oft <input type="checkbox"/> überhaupt nicht	14. Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> eher selten <input type="checkbox"/> sehr selten

Folgende Aussagen beschreiben ganz bestimmte **Persönlichkeitseigenschaften**. Inwiefern treffen diese **auf Sie** zu? Wählen Sie bitte die entsprechende Kategorie aus und kreuzen Sie diese an.

Ich...	Sehr zutreffend	Eher zutreffend	Weder noch	Eher unzutreffend	Sehr unzutreffend
1. ...bin eher zurückhaltend, reserviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...neige dazu, andere zu kritisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...erledige Aufgaben gründlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...werde leicht deprimiert, niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...bin vielseitig interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...bin begeisterungsfähig und kann andere leicht mitreißen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...bin bequem, neige zur Faulheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...bin entspannt, lasse mich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...bin tiefsinnig, denke gerne über Sachen nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...bin eher der "stille Typ", wortkarg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...kann mich kalt und distanziert verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...bin tüchtig und arbeite flott.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...habe eine aktive Vorstellungskraft, bin phantasievoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...gehe aus mir heraus, bin gesellig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich...

	Sehr zutreffend	Eher zutreffend	Weder noch	Eher <u>un</u> - zutreffend	Sehr <u>un</u> - zutreffend
17. ...kann mich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...mache Pläne und führe sie auch durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...werde leicht nervös und unsicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...schätze künstlerische und ästhetische Eindrücke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...habe nur wenig künstlerisches Interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klinische Daten – Eigene Dokumentation

Patientendaten von:

Datum:

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____ BMI: _____

Medikamenteneinnahme und Dosierung:

Hypertonie bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes mellitus bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Fettstoffwechselstörung bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weitere Folgeerkrankungen/ relevante Begleiterkrankungen:

8.4 Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. phil. B. Strauß und bei Frau Dr. phil. K. Leppert für die Ermöglichung und Betreuung dieser Arbeit.

Besonderer Dank gilt den Ärztinnen und Ärzten in der hausärztlichen Versorgung, die es mir ermöglichten, im Rahmen der Sprechstundenzeit Patienten zu rekrutieren.

Darüber hinaus bedanke ich mich recht herzlich bei allen Patientinnen und Patienten für die Teilnahme an der Studie und die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Desweiteren danke ich Herrn Prof. Dr. phil. G.-W. Bathke für die geduldige Einführung in das Statistikprogramm SPSS.

8.5 Tabellarischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Johanna Bathke
	geb. Bathke
Geburtsdatum:	07.12.1984
Geburtsort:	Jena
Staatsangehörigkeit:	deutsch
Anschrift:	Dornburger Str. 117, 07743 Jena
Familienstand:	ledig
Kinder:	keine

Werdegang

1991 – 1995	Talschule, 1. Grundschule Jena
1995 – 2003	Adolf-Reichwein-Gymnasium in Jena
2003	Abitur
2003 – 2010	Medizinstudium an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
2010 - 2011	Fertigstellung der Dissertation
seit 2011	Assistenzärztin in der Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie und Psychotherapie am Universitäts- klinikum Jena

Jena, 15. August 2011

8.6 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller - Universität Jena bekannt ist,
- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,
- mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Prof. Dr. phil. B. Strauss, Dr. phil. K. Leppert.
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde,
- Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 15. August 2011
